

الأمراض النسائية

GYNAEKOLOGIE

منتدى اقرأ الثقافي

www.iqra.ahlamontada.com



الدكتور محمود الباقط

إختصاصي بالأمراض النسائية والتوليد وجراحاتها

الجزء الأول



دار فاء الدين منشورات دار علاء الدين

بۆدابهزاندنى جۆرمها كۆتیب: سهردانى: (مُنْتَدَى إِقْرَأَ الثَّقَافَى)

لتحميل أنواع الكتب راجع: (مُنْتَدَى إِقْرَأَ الثَّقَافَى)

پهراي دانلود كتاپهاى مختلف مراجعه: (منتدى اقرا الثقافى)

www.iqra.ahlamontada.com



www.iqra.ahlamontada.com

للكتب (كوردى ، عربى ، فارسى)

الأمراض النسائية

GYNAEKOLOGIE

الدكتور

محمود الحافظ

اختصاصي بالأمراض النسائية والتوليد وجراحاتها

الجزء الأول

منشورات دار علاء الدين



• الأمراض النسائية

GYNAEKOLOGIE

• الدكتور محمود الحافظ

• الطبعة الثانية عام ٢٠٠١ — عدد النسخ ١٠٠٠ نسخة

• جميع الحقوق محفوظة

لدار علاء الدين

للنشر والتوزيع والترجمة

سوريا - دمشق - ص.ب: ٣٠٥٩٨

هاتف: ٥٦١٧٠٧١

فاكس: ٥٦١٣٢٤١

المقدمة

ما من أحد من أبناء الوطن العربي على امتداده يشك في فقر المكتبة العربية بالكتب العلمية عامة والطبية خاصة .

إنني لا أريد هنا تحديد مسؤولية ذلك كما أنني لست في مجال مناقشة الآراء القائلة بعجز اللغة العربية عن استيعاب الأبحاث الطبية وتدريسها ومسايرة تقدمها لأنني قانع بخطل هذا الرأي .

كذلك لست في مجال وضع الحل الصحيح رغم وضوحه بالنسبة لي وبالنسبة لبعض الزملاء وغيرهم ممن ساهموا في مناقشة هذا الموضوع على صعيد الوطن العربي عموماً .

أقول إنني لست بصدد ذلك كله وكل ما أريده هنا هو القول أنه باستطاعتنا ومن واجبنا نحن الأطباء وخاصة الاختصاصيين إغناء المكتبة العربية الطبية بترجمة وجمع وتنسيق الأبحاث التي نحن بحاجة ماسة إليها بالدرجة الأولى ثم الأبحاث الأخرى التي تأتي في الدرجة الثانية من حيث علاقتنا الطبية بها ليتسنى لنا مسايرة ركب الدول المتقدمة في متابعة وترجمة كل ما هو جديد في عالم الطب .

انطلاقاً من هذه الآراء وقناعة مني بصحتها أقدمت على ترجمه وجمع وتنسيق الأبحاث المتعلقة بالأمراض النسائية وأخرجتها في جزئين توخيت أن يحتوي الجزء الأول على المواضيع والأبحاث الهامة التي يصعب على الطالب

العربي أو الطبيب الذي يريد أن يقرأ في هذا الموضوع باللغة العربية إيجادها
بجمعة بسهولة في الكتب الاجنبية بهذا الشكل من الوضوح والمرض والتبويب .

أما الجزء الثاني فقد آثرت تأجيله لأنه يأتي في الدرجة الثانية من
حيث الأهمية ولسهولة إيجاده باللغة العربية في بعض الكتب أو المنشورات
أو المترجمات .

. واني رغم الصعوبات التي لقيتها والجهد الذي بذلته في انجاز هذا
العمل يسرني أنني قد أدت خدمة للاخوان طلاب كلية الطب خاصة وللزملاء
عامة وأمل أن أكون بالتالي قد ساهمت في اغناء المكتبة العربية
الطبية منها كانت هذه المساهمة بسيطة .

الدكتور محمود الحافظ

الباب الاول

غريزة الدورة الطمثية

physiologie Des Menstruationszyklus

يأخذ المبيضان من الناحية العملية مكاناً وسطاً بالنسبة للوظيفة الجنسية عند المرأة كما تقع وظيفة البيض في نطاق دائرة وظيفية تتعاق بأعضاء ثلاث :

- ١ - الدماغ المتوسط : «Diencephalon» وخاصة قسمه القاعدي أي ما تحت السرير البصري (الحدة الحزمة او الجسم المخطط) «Tuber Cineum» والمركز الجنسي وذلك حسب رأي هولفغ ويوكان سنة ١٩٣٢ «Hohlweg und Yukmann»
- ٢ - الفص الامامي للنخامة - Hypophysenvorderlapp - en==Adenohypophyse
- ٣ - المبيضان : Ovarien

ويمكن تسمية الدماغ المتوسط مع الفص الامامي للنخامة بالجهاز المركزي « Zentralsystem » الذي يرتبط بالمبيضين ارتباطاً منتظماً عن طريق الغدد الصم وتعتبر الهرمونات المتكونة من هذه الاعضاء مسؤولة عما يحدث في الدورة الطمثية « Zyklus hormone » وهي تشمل على :

- ١ - النونادوترويين : الذي يتكون من الفص الامامي للنخامة والذي يسمى ايضاً هرمون النونادوترويين Gonadotrope Hormon

ويقع تأثيره على الغدد التناسلية Gonadin (أي على المبيض عند المرأة) .

ويعتبر هذا الهرمون من الناحية الكيماوية من الهرمونات البروتةينية « Protheohormone » وهو قابل للانحلال في الماء ومؤلف من مركب آحيني معقد لم يتضح تركيبه بشكل دقيق بعد والمبيض هو العضو الوحيد عند المرأة المستهدف من قبل هذا الهرمون .

٢ - الهرمونات البيضية : ونعني بذلك كافة الهرمونات التي تتكون في المبيض وتعتبر من الناحية الكيماوية هرمونات سته رويديية لذا يمكن تسميتها أيضاً الستيروئيدات الجنسية « Sexualsterioide » والمميز من هذه الهرمونات :

أ - الاوستروجين : Oestrogene

ب - الجستاجين : (البروجسترون) Gestagene

ج - الاندروجين Androgene الذي يتكون بكميات قليلة .

تنجم العلاقة الكائنة بين الدماغ المتوسط والفص الامامي للنخامة عن تأثير ما يسمى بالعوامل الحائطة : RF=Releasing Factors Freigabefakt -oren - بطريق عصبي هرموني . ويمتقد حالياً بوجود مراكز في منطقة الخلايا المصبية المتوضعة فيما تحت الرير البصري قرب النخامة حيث تنشأ من هذه الخلايا المصبية مواد متعددة تنظم افراز الونادوترويين من الفص الامامي للنخامة وتسمى هذه المواد كما ذكرنا العوامل الحائطة RF أو المنظمة للونادوترويين Gonadotropinfreisetzer وتتألف من :

١ - (FSH - RF) أي العامل الحائط RF المسؤول عن تكوين

واطلاق الهرمون المنضج للجريب FSH .

٢ - (LH - RF) أي العامل الحائط RF المسؤول عن تكوين

واطلاق الهرمون الملوتن LH .

٣- (LTH - RF) اي العامل الحاث RF المسؤول عن تكوين واطلاق هرمون البرولاكتين LTH .

إن الدارة الوظيفية الكائنة بين الدماغ المتوسط والفص الامامي للنخامة والمبيض هي من النوع الذي ينظم نفسه بنفسه ويقوم هذا التنظيم الذاتي على أن كمية الهرمونات البيضية المتكونة تنظم عن طريق الدماغ المتوسط افراز الغونادوتروبين من الفص الامامي للنخامة بحيث اذا ازدادت الهرمونات المبيضية أدى ذلك الى تثبيط تكون العوامل الحاثه RF وبالتالي الى نقص الغونادوتروبين أما اذا نقصت الهرمونات البيضية ادى ذلك الى حث العوامل الحاثه RF على التكون وبالتالي الى زيادة الغونادوتروبين . نستنتج من هذا كله أن نقص كمية الهرمونات البيضية لسبب من الاسباب سوف يؤدي الى زيادة تكون وزيادة اطلاق الغونادوتروبين وسوف تؤدي هذه الزيادة بدورها ايضاً الى حث المبيضين على زيادة افراز الهرمونات البيضية

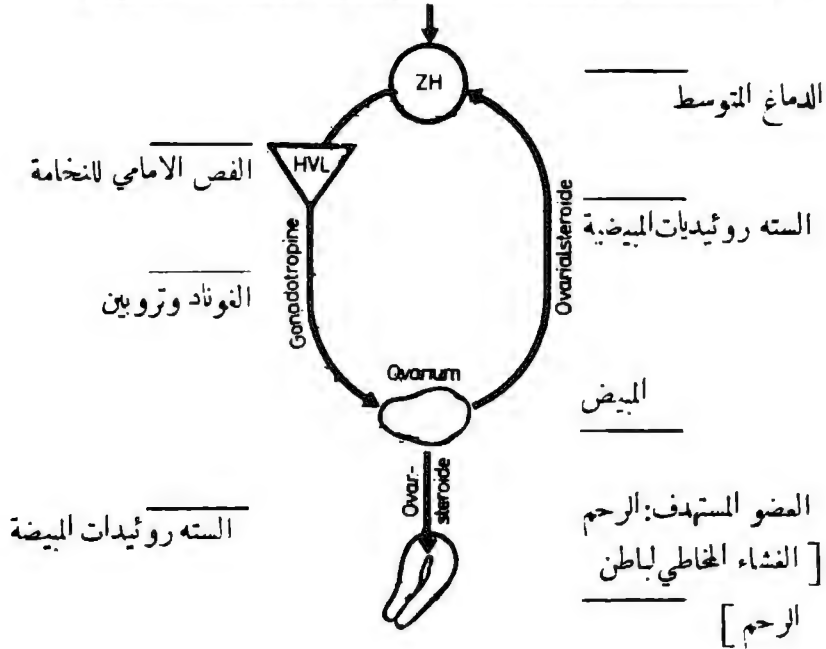
لقد اطلق على هذا التأثير المتبادل بين الدماغ المتوسط والفص الامامي للنخامة من جهة وبين المبيض من جهة اخرى اسم الارتباط الراجع او الارتباط المتبادل (Rückkoppelung) أو الآلية للتبادل (Feedback) أو (Feedback Mechanismus) تعود آلية تنظيم هذه الدارة الى آلية عصبية هرمونية (Neurohormonal) إذ ان المؤثرات تنجم عن الخلايا العصبية (وهي الخلايا العصبية الواقعة في المركز الجنسي الكائن في الدماغ المتوسط) وعن مفرزات خلوية وتقع هذه الخلايا المفرزة في الفص الامامي للنخامة وفي المبيضين . لذلك تبقى الأنورة الطمثية في حالة طبيعية طالما بقيت هذه الاعضاء الثلاثة للدارة في حالة طبيعية اما اذا اختلف أحد هذه الاعضاء فان الدارة الكائنة بينها سوف تختل ايضاً وبالتالي سوف تختل الدورة الطمثية أما بالنسبة لوظيفة الفص الامامي للنخامة فانها تملق بالدماغ المتوسط

وبشكل خاص بالمركز الجنسي الكائن فيه أي أن الفص الأمامي للنخامة لا يتمتع باستقلال ذاتي .

أما الدماغ المتوسط فإنه يتلقى منبهات كثيرة تؤثر فيه مما يجعله بالمقام الاول من حيث تأثيره في عمل الدلرة المكونة كما ذكرنا من الدماغ المتوسط والفص الامامي للنخامة والمبيض علماً بأن الدارة هذه أيضاً في حد ذاتها ليست مستقلة اذ ترتبط بأجهزة اخرى وبالأخص الدماغ المتوسط الذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بجهازين ، الجهاز الاول الذي يتكون من الدارة الكائنة بين الدماغ المتوسط والفص الامامي للنخامة والكظر والجهاز الثاني الذي يتكون من الدارة الكائنة بين الدماغ المتوسط والفص الامامي للنخامة والدرق .

ان العلاقة الوظيفية بين هذه الدارات الثلاث في موضوع تنظيم الدورة الطمثية أمر لا يتطرق اليه الشك فاضطراب الطمث مثلاً يمكن أن ينجم عن اضطراب في العضو الذي يتأثر بعملها (الرحم ، الفشاء المخاطي لباطن الرحم) أو عن اضطراب في النخامة أو في الدماغ المتوسط كما يمكن أن ينجم ايضاً عن اضطراب في الكظر او في الدرق او في غيرهما من الغدد الصم التي تعتبر جميعها أعضاء جانبية Periphère بالنسبة للأعضاء المركزية المؤثرة في تنظيم الدورة الطمثية وهذا ما يثبت وجود العلاقة الشديدة بين وظيفة المبيض من جهة وبين مجموعة العضوية عند المرأة من جهة اخرى

المؤثرات : الجسدية والنفسية والحسية [البيئه]
المؤثرات الناجمة عن الغدد الصم [المبيض ، الدرق ، الكظر]
تأثير الاقليم والمؤثرات الدوائية



الشكل (١) : الدارة الوظيفية الكائنة بين الدماغ المتوسط
والفص الامامي للنخامة والمبيضين

س البلوغ Pubertae

غريزته : تبدأ فترة البلوغ منذ بداية ظهور ونمو الخصائص الجنسية الثانوية وتنتهي مع حدوث الدورة الطمثية المنتظمة او الدورة البويضية ذات الزمنين وتمتد فترة نمو هذه الخصائص الجنسية ما بين السن (١٠ - ١٨) من العمر الا أن للعامل الشخصي اثر في ذلك بحيث يختلف زمن البداية والنهاية خلال هذه

الفترة من فتاة الى اخرى .

في حوالي السنة الماشرة من العمر عادة يكون المركز الجنسي الكائن في الدماغ المتوسط على درجة من النضج كافية لجعل البيضين يقومان بوظيفتهما نتيجة لتأثير هرمون الفونادوتروين عليها والذي أخذ بالانطلاق من الفص الامامي للنخامة .

ومن الثابت أنه يمكن كشف الفونادوتروين في البول قبل ستين ونصف من حدوث الطمث الاول وبطل البعض هذه الظاهرة بوجود نقص في حساسية المركز الجنسي في هذه الفترة التي تسبق الطمث الاول ، هذا وان تأثير ما تحت السرير البصري من نسبة معينة من الهرمون الجنسي الجائل في الدم تأخذ بالانخفاض بينما تشدد تدريجياً فاعلية المؤثرات العصبية الهرمونية الذاهبة باستمرار الى الفص الامامي للنخامة بحيث يؤدي ذلك الى زيادة كمية الفونادوتروين المفرزة منه (هولفغ سنة ١٩٦١ Holweg) .

الا ان بعض المؤلفين يعتقد ان مشطبات الفونادوتروين (والتي قد تعود الى ماتحت السرير البصري) تقوم بدور لاجم للمركز الجنسي قبل حدوث الطمث الاول كما يعتقد البعض الاخر ان النمو الجنسي يعود الى الكظر اما بالنسبة للنمو بشكل عام فانه يعود الى المنطقة الشبكية Zona reticularis الكائنة في الكظر حيث تطلق كميات متزايدة من الهرمون الجنسي على شكل ث ١٩ منه روثيد c 19 Steroides إن تأثير هذه الستروئيدات بالاضافة الى ما يدعى حالياً بالمؤثرات الخارجية الجنسية تؤدي الى نضج المركز الجنسي والى زيادة حاثات الفص الامامي للنخامة على افراز الفونادوتروين .

لقد اطلق تعبير الطمث الاول Menarche على الدم الاول الذي تشاهده الفتاة ويحدث ذلك عادة حوالي السنة (١١ - ١٣) من العمر اما

إذا حدث قبل ذلك سمي الطمث الاول المبكر Fröhmenarche وإذا حدث بعد السنة (١٦) من العمر سمي الطمث الاول المتأخر -Spaetmen- arche. هذا ويبلغ قطر جريب غراف ما قبل السنة ١٠ من العمر ٢ مم او ما يزيد قليلاً اما بعد هذه السن فيأخذ حجمه بالتزايد ويعود الى الاوستروجين الذى تفرزه هذه الجريبات السبب في نمو الاعضاء التناسلية والثدي أما نمو الاشعار الثانوية فيعود الى تأثير الاندروجين . في السنة ١٠ من العمر تقريباً تلاحظ الاعراض الاولى الدالة على بداية تكون الاوستروجين حيث يلاحظ أولاً بروز الثديين يمتلئ بمقبة ظهور أشعار المانة وحوالي السنة ١٢ من العمر تبدأ أشعار الابطين بالظهور ثم يلاحظ نمو الفتاة بشكل عام وما بين السنة ١٦ - ١٨ من العمر تبدأ غضاريف الاتصال بالتعظم حيث يخف النمو شيئاً فشيئاً الى أن يتوقف في نهاية هذه الفترة .

سن البلوغ المبكر Pubertas praecox

يتميز سن البلوغ المبكر بظهور الخصائص الجنسية الثانوية والدورات الطمثية المنتظمة قبل سن ٨ من العمر . يبدأ الغونادوتروپين بالتكون نتيجة لنمو تلقائي عضوي في الدماغ او نتيجة لآفة عضوية تصيبه بحيث يؤدي تأثير الغونادوتروپين الى نمو الغدد التناسلية وتكون الخلايا الجنسية -Game- togenese- ويختلف سن البلوغ المبكر الكاذب عن سن البلوغ المبكر الحقيقى بانعدام نمو الغدد التناسلية في الاول . في حالات الخنوثة في النوع المختلف الجنس Hertasexuelle تحدث خصائص الاسترجال نتيجة لفرط نمو قشرة الكظر (التناثر الكظري التناسلى ، الاورام النديه ، الاورام السرطانية) او نتيجة للاورام المذكرة المتكونة في البيض . أما في النوع المتساوي الجنس Isosexuelle فان سن البلوغ المبكر الكاذب يترافق بنزوف غير منتظمة وغير نموذجية والدورات الطمثية اللااباضية وتنتج هذه

الحالة عن أورام البيض المفرزة للاستروجين (الأورام القشرية ، الأورام
الجبيية والأورام المجائية) .

والى جانب ظهور الخصائص الجنسية بشكل مبكر فأننا نلاحظ في
سن البلوغ المبكر وسن البلوغ الكاذب المبكر نمواً سريعاً في العظام وتعظماً
مبكراً في غضاريف الاتصال أما النمو من الناحية النفسية والجنسية والعقلية
فانه يتناسب مع سن المريضة . والمعالجة
سببية تقوم على معالجة الآفة السببية لهذه
الحالة كما يمكن اعطاء هرمون الجستاجين
مدة طويلة بهدف إيقاف إفراز الغونادوتروپين
وبالتالي تهدئة وظيفة البيض بحيث تتمكن
بالنتيجة من إيقاف حالة النمو المبكر .



الشكل (٢) :
البلوغ المبكر لفتاة في الثامنة من العمر

سن البلوغ المتأخر Pubertas Tarda

يحدث سن البلوغ المتأخر بنسبة ٨٤٪ من الحالات نتيجة لعوامل وراثية بحيث يتأخر إفراز الذوات وترويين الى ما بعد السنة ١٤ - ١٦ من العمر مما يؤدي الى تأخر في النضج الجنسي . ويجب التفرق بين حالات مرضية مختلفة تبدي أعراض تأخر النمو الجنسي وتجمع تحت اسم سن البلوغ المتأخر الكاذب . ومن أهم هذه الحالات عدم نمو الثدي التناسلية Gondendysgenesie نقص غوالمبيضين Ovarialhypoplasie حالات القزامة المختلفة ، السمنة المرافقة لسن البلوغ ، العملاقة ، هذا ويتمثل تأخر النمو في اغلب الاحيان بحالة القزامة ويمكن لتأخر النمو الناتج عن أسباب في الثدي الصم ان ينجم عن قصور غدي او عن اضطراب في وظيفة الدرق او في وظيفة الفص الامامي للنخامة أو في وظيفة الكظر او عن اورام الفص الامامي للنخامة .

يمكن أن نجد الى جانب ضخامة النهايات المشاهدة في سن البلوغ حالات من العملاقة الشديدة التي تعود الى عوامل وراثية ويمكننا باعطاء الاوستروجين ان نسرع في تعظم غضاريف الاتصال ولكن يجب البدء بهذه المعالجة قبل سن البلوغ أي قبل سن ٨ - ١٠ من العمر وذلك حسب رأي وايتلو ١٩٦٧ . Weitelaw 1967



الباب الثاني

الدورة الطمثية واضطراباتها

Zyklus und Zyklusstoerungen

التعريف

الدورة الطمثية هي مجموعة التغيرات الدورية التي تطرأ على البيض وعلى الغشاء المخاطي لبطن الرحم في الفترة الكائنة بين الطمث الاول وبين سن اليأس وتدوم الدورة الطمثية الواحدة وسطياً مدة ٢٨ يوماً والعلامة الدالة على حدوثها هي النزف الرحمي في فترات زمنية متساوية وهذا ما يدعى أيضاً بالمادة الشهرية او الميعاد الشهري .

التغيرات الدورية الرحمية

او الدورة الطمثية الرحمية

Uteriner Zyklus

الدورة الطمثية الرحمية هي مجموعة التغيرات الطارئة على الغشاء المخاطي لبطن الرحم ونعني بذلك :

١ - دور التنمي : Proliferationsphase

ويبدأ منذ اليوم الخامس للطمث حتى اليوم الثاني عشر او الرابع عشر

له ومن علاماته :

- أ- تكون القنويات الغدية في الغشاء المخاطي لبطن الرحم مائلة وضيقة .
ب- تكون الشرايين الحزونية الموجودة في الغشاء المخاطي لبطن الرحم قليلة العدد ولم تحدث فيها التمرجات بعد .

٢ - دور الافراز = دور التحول : Sekretionsphase = Transformationsphase

ويبدأ منذ اليوم الخامس عشر حتى اليوم الثامن والعشرين . ويدعى هذا الدور ايضاً دور تجدد البناء Umbauphase اي تجدد بناء الغشاء المخاطي لبطن الرحم كي يستعد لتمشيش البيضة . ومن علامات هذا الدور .

أ - تخرج وتوسع القنويات الغدية الكائنة في الغشاء المخاطي لبطن الرحم مع توضع الفليكوجين في الخلايا .

ب - تكاثر الشرايين الحزونية وزيادة تخرجها حيث توزع عنها اوعية شعرية في القسم العلوي للطبقة الخلوية المفرزة .

ج- تحول النسيج الخلوي لغشاء بطن الرحم الى النسيج الخلوي ما قبل الغشاء الساقط Praedezipiduale.

(تأخذ التمرجات شكلا منشارياً كما يستمر توضع الفليكوجين في النسيج الخلوي [

٣ - دور التوسف) اي دور النزف = الطمث = Blutungsphase
Menstruation (ودور الترمم)

دور التوسف Desquamationsphase يستمر منذ اليوم

الثامن والعشرين للطمث حتى اليوم الثاني للدورة الطمثية الثانية .

علاماته : نزف الشرايين الحزونية ، نزف داخل الانسجة ، ضمور
النشاء المخاطي لبطن الرحم مع توسفه الخلوي ، واخيراً انقذاف النشاء
المخاطي لبطن الرحم حتى حدود الخلايا القاعدية التي تشكل طبقة يبلغ سمكها
١ مم عارية من الخلايا الابتليالية [وتنبر بثابة السطح المدمي] وان نزف
الشرايين الحزونية يدل على شدة التأثير الهرموني حيث تهبط نسبة اللوتئين
في الدم الذي يؤدي الى تكسرهايات الاوعية الشعرية للشرايين الحزونية
وبالتالي الى حدوث النزف داخل نسيج النشاء المخاطي لبطن الرحم .
دور الترمم : او دور تجديد الطبقة الخلوية الابتليالية :

Regenerationsphase

ويبدأ منذ اليوم الثالث او الرابع للطمث أي بعد دور التوسف حيث يستر
السطح المدمي بطبقة ابتليالية جديدة تنشأ من البقايا الزدية

الدم الطمثي = دم جرح نازف حسب رأي شرودر سنة ١٩١٤
R . Schroeder

ويبقى النزف مستمراً حتى يستر سطح الجرح المدمي اي حتى تستر
الخلايا القاعدية بالخلايا الابتليالية ويحتاج ذلك لمدة تتراوح على الاغلب بين ٦ - ٧
أيام . ان التغيرات الدورية من حيث بناء النشاء المخاطي لبطن الرحم وتجربه
يمكن تسميتها ايضاً :

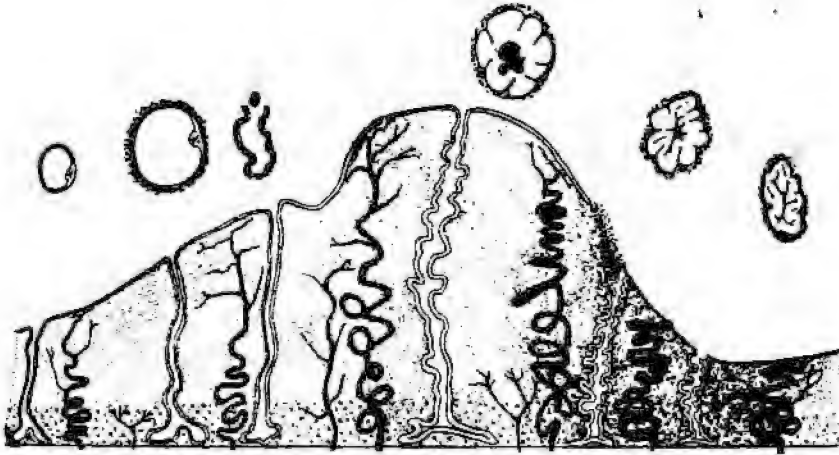
الدورة الشهرية

Uteriner Zyklus

ويتم تنظيمها بالهرمونات البيضية اي بالفوليكلين واللوتئين التي يفرزها
البويض بشكل منظم ودوري كما يمكن تسميتها ايضاً :

بالتغيرات الدورية البيضية أو بالدورة الطمثية أو بالدورة البيضية .

الدورة المبيضية Ovarieller Zyklus



الشكل (٣) : التبدلات الدورية في المبيض (نضج جريب غراف ، الإباضة
وتكون الجسم الأصفر ، الأنابيب الندية ، الشرايين الخثرونية)

ويمكن ان نغيز فيها ايضاً دورين مختلفين :

الدور الأول = دور نضج جريب غراف :

1-Phase=Follikelreifungsphase

ويدوم هذا الدور من (١٢ - ١٤) يوماً وجريب غراف النامي والتايج هو عبارة عن غدة ذات افراز داخلي تفرز الهرمون الاوستروجيني الى الدم الذي يؤدي الى نمو الغشاء المخاطي لباطن الرحم وزيادة غو وتطاول الغدد الكاثنة فيه ويتم نضج جريب غراف وانفجاره ما بين اليوم الثاني عشر والرابع عشر للدورة الطمثية فتطلق البيضة منه وهذا ما يدعى بالإباضة

Ovulation

الاباضة هي الحدث الرئيسي الذي يتم خلال الدورة البويضية

الدور الثاني = دور الجسم الاصفر :

2 - Phase = Corpus - Luteum - Phase

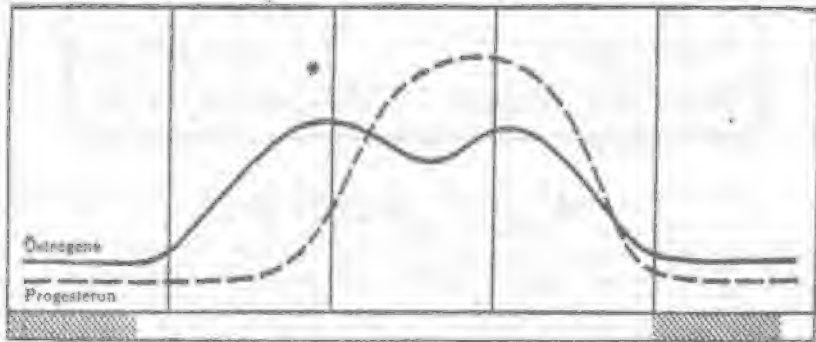
ويدوم هذا الدور (١٤) يوماً حيث تنشأ عن جريب غراف المنفجر غدة صماء هي الجسم الاصفر تفرز الاستروجين أي الفوليكلولين وهرمون اللوتةئين وكلاهما يؤديان الى تنيير بناء الغشاء المخاطي لبطن الرحم فالدورة الرحمية الثانية اذن هي دورة افرازية . يتكون اللوتةئين أيضاً قبل الاباضة ولكن بكميات قليلة وان من الاهمية بمكان معرفة ان كمية اللوتةئين التي تتكون في الدور الثاني تبلغ (٢٠٠) ملغ فاذا لم يحدث الاقحاح يتراجع حينئذ الجسم الاصفر قهبط بانحدار شديد كمية الفوليكلولين واللوتةئين التي كانت متجمعة في الدم والانحدار الشديد هذا في نسبة هذين الهرمونين بالدم هو السبب في حدوث الطمث وانقذاف الغشاء المخاطي لبطن الرحم حتى حدود الخلايا القاعدية كما ذكرنا

الطمث هو اختفاء الهرمونين المذكورين من الدم

ويعتبر حالياً الانحدار السريع في نسبة اللوتةئين في الدم هو السبب الرئيسي في حدوث الطمث أما انحدار نسبة الفوليكلولين فتأثيره قليل في ذلك إلا أن توقف دم الطمث يبرز الى بدء ارتفاع نسبة الفوليكلولين في الدم وهذا ما يحدث في بداية كل دورة طمئية .

الى جانب افراز البيض للهرمونين المذكورين وهما الفوليكلولين واللوتةئين فانه يفرز ايضاً هرمون الاندروجين اي الهرمون المنشط للذكورة

Androgene وقد أفادت التحريات الحديثة ان هرمون الاندروجين ليس إلا المادة السابقة التي سوف يتكون منها الفوليكيولين .



الشكل (٤): الخط البياني لهرموني الاوستروجين والبروجسترون في الدم خلال دورة طمئية طبيعية . ★ = الاباضة



الشكل (٧)
دور الافراز



الشكل (٦)
دور انتمي



الشكل (٥)
دور الترميم

ان هرمونات البيض الثلاثة هي :	
Oestrogene	١ - الاستروجين = الفوليكلين
Progesterone	٢ - البروجسترون :
Androgene	٣ - الاندروجين :
Steroidhormone	وهي هرمونات سته روئيدية

﴿ تأثيرات الاستروجين ﴾

- ١ - تأثيره على مسار البضة (البوق) : ينمي النسيج العضلي ، يكون الخلايا المهلبة في الغشاء المخاطي في البوق ، يرفع قدرة قابلية البوق على الحركة
- ٢ - تأثيره على الرحم : ينمي النسيج العضلي ، يزيد التوذم فيه ، ينمي الغشاء المخاطي لبطن الرحم .
- ٣ - تأثيره على عنق : ينمي الخلايا الاسطوانية في الزشاء المخاطي الندي ، يزيد في افراز اللق لسائل مخاطي رقيق
- ٤ - تأثيره على الحمل : ينمي الخلايا الابطالية لانشاء المخاطي ، يرفع كمية الفليكوجين داخل الخلايا الابطالية ، وبفحص انطاخة المهابة نجد خلايا سطحية كبيرة ومسطحة مع نواة ظاهرة

تأثيرات الجستاجين = البروجسترون Gestagene

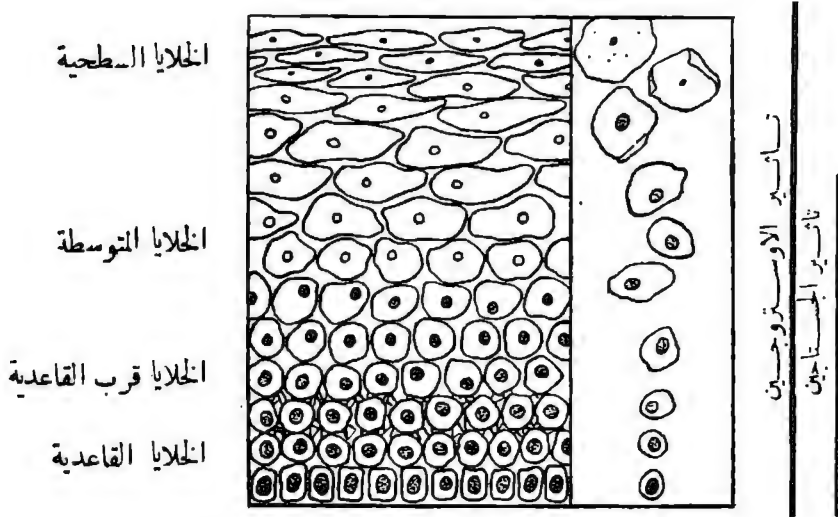
- ١ - تأثيره على مسار البضة (البوق) : تراجع تشكل الخلايا المهلبة ، ظهور خلايا مفرزة ، ليونة وارتخاء النسيج العضلي
- ٢ - تأثيره على الرحم : تخرج قنويات الغدد ، تكون الفليكوجين في النسيج الابطالي للغشاء المخاطي لبطن الرحم أي حدوث الافراز ، ازدياد حجم الخلايا في نسيج الغشاء المخاطي لبطن الرحم ، تفاعل الغشاء المخاطي لبطن

الرحم = تفاعل الغشاء الساقط = Dezidual Reaktion

٣ - تأثيره على عنق : نقص المفرزات المخاطية مع زيادة الزوجة فيها ،
زيادة توصف الخلايا الابطليالية .

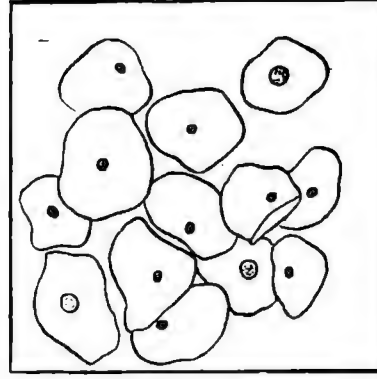
٤ - تأثيره على المهبل : عند فحص اللطاخة المهبيلة نجد خلايا تعود الى
القسم العميق من الطبقة السطحية توضع بشكل اكوام متفرقة كما تنتهي حواف
هذه الخلايا على نفسها .

وقد أصبح معروفاً الآن ان الاوستروجين يؤثر في بناء خلايا المهبل
ابتداء من الخلايا القاعدية حتى الخلايا الكائنة في الطبقة السطحية بينما يكون
تأثير الجستاجين في هذا البناء ابتداء من الخلايا القاعدية حتى الخلايا
التوسطة فقط .

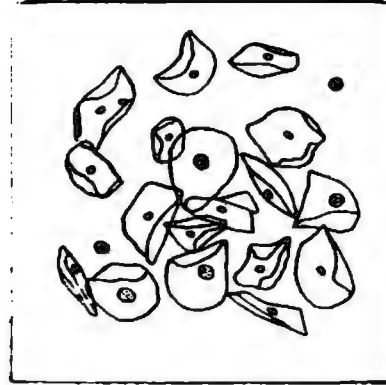


الشكل (٨) : بناء الخلايا الابطليالية المهبيلة الطبيعية
مع الخلايا المتوسطة (حسب نموذج بوشان)
الاوستروجين ينمي الخلايا الابطليالية المهبيلة حتى طبقة الخلايا السطحية
اما الجستاجين فينميها حتى طبقة الخلايا المتوسطة .

الشكل (٩) : لطاخة مهبلية في فترة
تأثير الاوستروجين الشديد (أي
اليوم الثاني عشر للدورة الطمثية)
حيث تكون الخلايا كبيرة ومنفصلة
عن بعضها البعض ذات نواة صغيرة
كثيفة (عن بوشان) .



الشكل (١٠) : بعد الاباضة أي في
الفترة المبكرة من دور الافراز أو
الدور اللوتئيني حيث تظهر الخلايا
المهبلية الموجودة في اللطاخة متجمعة
بعضها فوق بعض بشكل وصفي بعد
أن كانت متفرقة قبل الاباضة .



✽ الجستاجين ✽

Gestagene

يتميز البروجسترون عضواً من اعضاء العائلة الواسعة المسماة بالجستاجين
ويطلق اسم الجستاجين على مجموعة من المواد المختلفة من حيث تركيبها والتشابهة
من حيث تأثيرها الرئيسي وذلك بالنسبة للتهيئة للحمل وبالنسبة للحفاظة
على محصوله بتحويل الغشاء المخاطي لباطن الرحم من دور التنمي الى
دور الافراز وكذلك بالنسبة لتأثيرها المهديء لمعضلة الرحم .

يوجد الجستاجين بشكل طبيعي وبشكل مركب ، والجستاجين الطبيعي وهو الموجود في العضوية الحية هو البروجسترون الذي يفرزه البيض والشيعة وقد امكن في السنين الاخيرة الحصول على مجموعة من مادة الستروئيد المركبة التي لها نفس التأثير الذي يؤديه الجستاجين وتختلف هذه الجستاجينات عن بعضها من حيث شدة تأثيرها فقط سواء استعملت بالطريق الهضمي أو غيره كما تتشابه ايضاً في تأثيرها الرادع على جهاز (الدماغ المتوسط - النخامة) وكذلك في بعض تأثيراتها الجانبية .

كما توجد مركبات ذات تأثير مديد تعطى على شكل حقن (١٧ ألفا هيدروكسي كاربونات البروجسترون) :

17 Hydroxy - Progesteron - Kapronat

واخرى تعطى عن طريق الفم (مشتقات ١٩ نورستوسترون)

Derivat des 19 - Nor - Testosteron

والمركبات التي تستعمل حالياً عن طريق الفم والتي تصنف بتأثيرها الشديد ترجع اهمية تطبيقها الى سببين رئيسيين :

الاول : فعاليتها الاكيدة والبريرة في وقف النزوف الوظيفية للنشاء المخاطي لباطن الرحم .

الثاني : تأثيرها السريع والرادع على جهاز (الدماغ المتوسط - الفص الامامي للنخامة) في افرازه لهرمون الغونادوتروپين . وعلى نفس هذا الاساس وضعت طريقة منع الحمل بمنع حدوث الاباضة . ان عمل المبيض ليس عملاً مستقلاً فقد اثبت زونديك واشايم سنة ١٩٢٦ ان وظائف المبيض الافرازية هي نتيجة لتأثير هرمون الغونادوتروپين اي هرمون الفص الامامي للنخامة على

المبيض ويعتقد حالياً بوجود ثلاثة أنواع لهرمون الغونادوتروبين التي يفرزها
الفص الامامي للنخامة :

١ - النوع الاول : الهرمون المنضج للجراب = الهرمون الحاث
للجراب = FSH .

٢ - النوع الثاني : الهرمون الملوتن = LH ويمكن ان يرمز اليه ايضاً
كما يلي : ICSH = الهرمون الحاث للخلايا الخلاقية .

٣ - النوع الثالث : هرمون البرولاكتين = LTH
وباختصار يمكن القول والكتابة كما يلي :

الهرمونات	هرمونات	FSH
	الغونادوتروبين	(ICSH)LH
البروتة ثنائية	الثلاثة	LTH

أي ان هرمونات الغونادوتروبين ليست هرمونات ستهروئيدية كهرمونات المبيض
بل هي هرمونات بروتينية ولها نفس صفات وخصائص المواد البروتينية
ولم يستطع الحصول عليها بشكل تركيبى بقي بعد اذ لم يعرف تركيبها
الكيميائى على وجه الدقة .

تؤثر الهرمونات الغونادوتروينية التي يفرزها الفص الامامي للنخامة على
المبيض عن طريق الدم ، وان هذه الهرمونات مع هرمونات المبيض التي تؤثر
بدورها على الغشاء المخاطي لباطن الرحم يمكن وضعها ممّا تحت اسم الهرمونات
الجنسية Sexualhormone كما أن العمل الوظيفي للفص الامامي
للنخامة في افرازه للهرمونات الغونادوتروينية ليس عملاً مستقلاً بذاته بل يتعلق

بالمركز الجنسي العصبي Sexualzentrum الموجود في الدماغ المتوسط
اي في ماتحت السرير البصري Hypothalamus

آلية تنظيم الدورة الوظيفية بين :

ما تحت السرير البصري — الفص الامامي للنخامة — المبيضين

إن سير التغيرات الدورية في المبيض وفي الغشاء المخاطي لباطن الرحم
والذي ندعوه بالدورة الطمثية تنظمه سلسلة معقدة من الحاثات تمر عبر الجهاز
المنظم المؤلف من :

الفص الامامي للنخامة — ماتحت السرير البصري

المبيضين —

ولست هذه الاعضاء الثلاثة المشتركة في التنظيم متساوية من حيث اهميتها
اذ أن شأن ماتحت السرير البصري ومركزه الجنسي يفوق في اهميته شأن
المضوين الآخرين :

١ - FSH يؤثر هذا الهرمون عن طريق المركز الجنسي في إنماء
وانضاج جريب غراف الذي يبقى عالقاً على المبيض اذا لم يتكون الهرمون الثاني :

٢ - LH حيث يبدأ تكون هذا الهرمون في الاسبوع الثاني من الدورة
الطمثية وان الهرمونين المذكورين (FSH و LH) مسؤولان معاً عن
الانضاج الكامل لجريب غراف وعن زيادة تكون الاوستروجين وتمتد
الخلايا القشرية الباطنة للجريب المكان الرئيسي لتكوين الاوستروجين حيث تنشأ
فيها خلال زمن نضج الجريب طبقة سمكة من الاوعية الدموية فاذا ما
بلغت نسبة كمية الاوستروجين الموجودة في الدم حداً معيناً استطاعت عن طريق

المركز الجنسي لحم الفص الامامي للنخامة عن افراز هرمون FSH وحته في نفس الوقت على افراز LH .

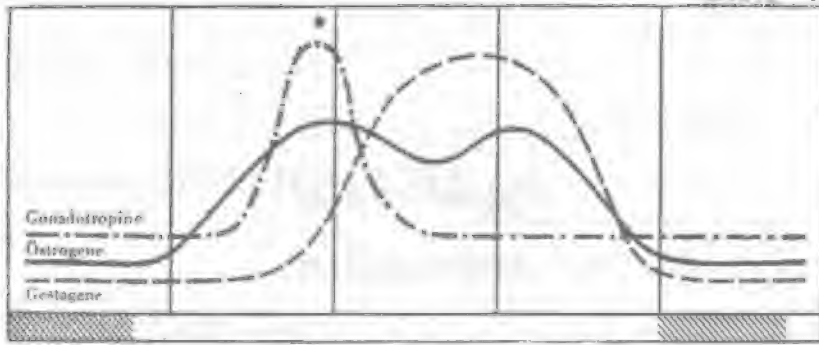
LTH : يبدأ الفص الامامي للنخامة قبل حدوث الاباضة بافراز هرمون (LTH) بكميات قليلة ويسمى أيضاً هرمون الحليب ويؤثر بالدرجة الاولى على غدتى الثدي خلال فترة النفاس اما مشاركته في تنظيم الدورة الطمثية فلم تثبت بعد في حيوانات التجربة وقد استطاع بتندورف Bettendorf سنة ١٩٦٤ أن يدلل على عدم ضرورة هذا الهرمون في احداث الاباضة وفي تكوين الجسم الاصفر وقد اثبت انه في حال استئصال الغدة النخامية عند المرأة اي في حال عدم وجود هرمون LTH يمكن احداث الاباضة عندها ومن ثم تكون الجسم الاصفر وافراز البروجسترون وذلك باعطاء الغونادوتروپين البشري المستخلص من النخامة والخالي من وجود هرمون LTH هذا وعندما تبلغ نسبة البروجسترون حداً عالياً ومعيناً في الدم يتوقف عندئذ تكون الهرمون الملوتن LH .

ويمكن ايضاح آلية تنظيم الدورة الطمثية حسب الشكل التالي ايضاً:

الفص الامامي للنخامة — الدماغ المتوسط

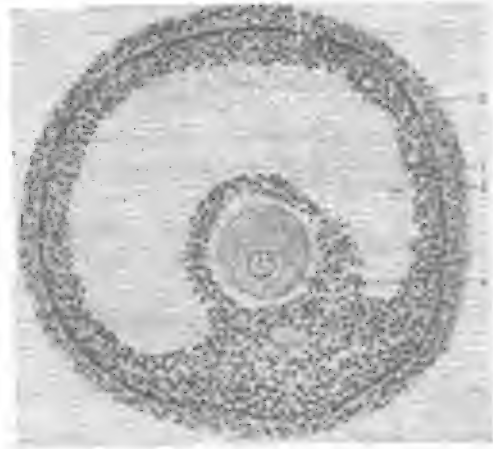
— المبيضان —

اي ان الدارة الطمثية تسير بانتظام اذا كانت اعضاء هذه الدارة الثلاثة المذكورة سليمة وتعمل بشكل صحيح .



الشكل (١١): تكون هرمون الاوستروجين وهرمون الجستاجين
(البروجسترون) في المبيض نتيجة لتأثير هرمون الغونادوتروبين
★ = الاباضة

- ١ - الخلايا الجينية
- ٢ - الخلايا القشرية الباطنة
- ٣ - السائل الفوليكلولي
- ٤ - البويضة



الشكل (١٢): جريب غراف ناصح من مبيض الفتاة في الثالثة
والعشرين من العمر

العادة الشهرية

Menstruation

✽ الطمث الاول = الدم الاول ✽

Menarche

الطمث الاول هو النزف الاول الذي سيكرر شهرياً وبشكل منتظم ويظهر لدى الفتيات عادة بين السنة (١٢ - ١٤) من العمر. ويمكن ان يظهر أيضاً بشكل مبكر أو بشكل متأخر وهذا ما ندعوه :

أ - العادة الشهرية المبكرة Menstruatio Praecox

حيث يظهر الطمث الاول ما بين السنة (٩ - ١٢) من العمر .

ب - العادة الشهرية المتأخرة Menstruatio Tarda

حيث يظهر الطمث الاول متأخراً أي بعد السنة الرابع عشرة من العمر . والمفروض ان ظهور الطمث يجب ان لا يتأخر عن السنة السابع عشرة من العمر ، فاذا قطعت الفتاة السنة الثامن عشرة من العمر ولم يظهر لديها الطمث الاول يمكن القول عندئذ انها مصابة بحالة انعدام الطمث البدئي . على الطبيب المتبديء أن يعرف انه ليس كل نزف دوري هو العادة الشهرية حتى اذا كانت هذه النزوف الدورية مشابهة للعادة الشهرية من حيث شدتها ومدتها والفواصل الزمنية بينها ، اذ يجب ان نفرق بين حالتين :

الحالة الاولى : العادة الشهرية الحقيقية .

Echte Menstruation

الحالة الثمانية : العادة الشهرية الزفية او العادة الشهرية الكاذبة :

Menstruelle Abbruchblutung

١ - العادة الشهرية الحقيقية = الطمث الحقيقي :

Echte Menstruation

تعرف العادة الشهرية بأنها نتيجة لتحول الفشاء المخاطي لباطن الرحم من دور التنمي الى دور الافراز بعد تكون الجسم الاصفر وافرازه لهرموني البروجسترون والاوستروجين ثم توقفه عن ذلك وحدث النزف من الفشاء المخاطي لباطن الرحم نتيجة لهذا التوقف .

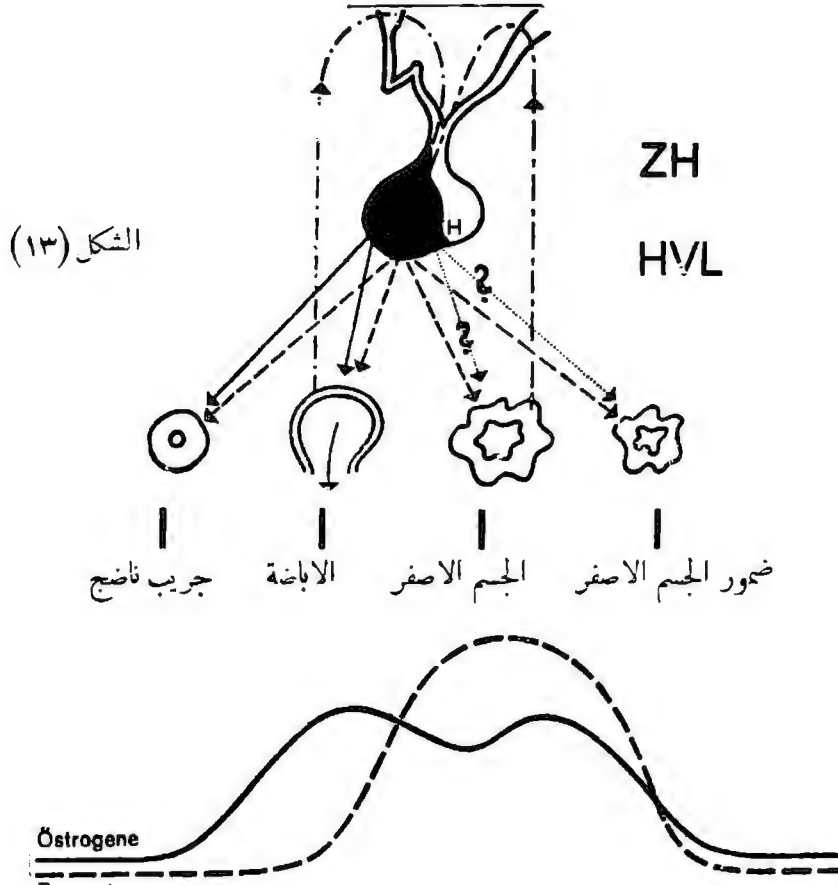
أي أن العادة الشهرية الحقيقية تفترض حدوث تحولات تشريحية وهرمونية قبل ظهور الطمث .

٢ - العادة الشهرية الكاذبة = الطمث الكاذب :

Menstruelle Abbruchblutung

إذا اعطينا امرأة لاسباب علاجية عن طريق الفم او عن طريق آخر هرموني الاوستروجين والجستاجين بحيث احدثنا في الفشاء المخاطي لباطن الرحم زمني البناء والتخريب اي دور التنمي ودور الافراز ثم توقفنا عن اعطاء هذين الهرمونين واصيب الفشاء المخاطي لباطن الرحم بالنزف دعيت هذه الحالة بالعادة الشهرية الكاذبة أي أنه في العادة الشهرية الكاذبة لا ينشأ دور التنمي ودور الافراز نتيجة لتأثير الهرمونات المتكونة في المبيض اذ لم يتشكل فيه جراب

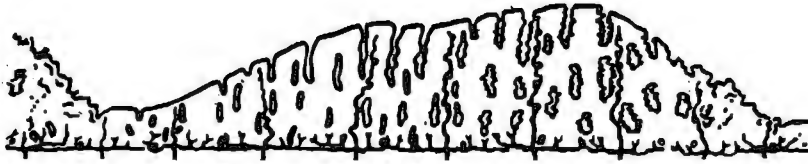
غراف وبالتالي الجسم الاصفر وإنما نشأ هذان الدوران بسبب الهرمونات
المطاة للمرأة عن طريق الفم او غيره لاسباب علاجية كما ذكرنا.
في العادة الشهرية الحقيقية يجب أن نلاحظ النقاط التالية :



الشكل (١٤) : الخط البياني لتطور هرموني الاوستروجين والبروجسترون
خلال الدورة الطمثية الطبيعية

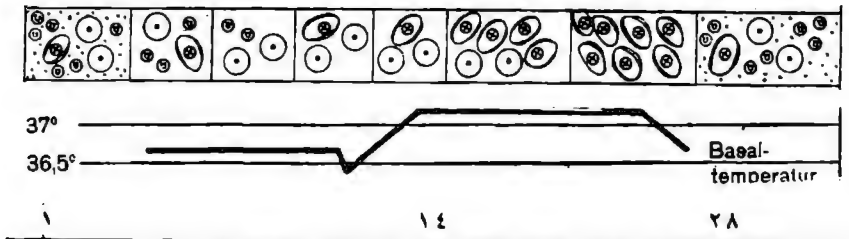
ZH=Zwischenhirn = الدماغ المتوسط

HVL= Hypophysenvorderlappen= الفص الامامي للنخامة



الطمث دور الافراز دور التمني الطمث

الشكل (١٥)



الشكل (١٦) : التبدلات النسيجية لخلايا المهب مع
الخط البياني لحرارة البدن الاساسية

المدة - الشدة - التواتر

أ - المدة : تستمر العادة الشهرية وسطياً من (٣ - ٥) أيام .

العادة الشهرية التي تستمر اكثر من سبعة ايام تعتبر حالة مرضية .

ب - الشدة : في اليوم الاول من العادة الشهرية يكون النزف غالباً قليلاً ثم يشتد في اليوم الثاني والثالث وفي اليومين الرابع والخامس يخف شيئاً فشيئاً حتى ينقطع نهائياً ، ويتراوح مجموع ما تفقده المرأة عادة في كل طمث حسب بعض الاحصاءات بين (٢٠ - ١٠٠) ميليلتر من الدم .

تستعمل النساء عادة أيام العادة الشهرية قطعاً من الشاش أو غيره لستر فوهة المهبل وقاية لثياهن من الدم النازف ، فإذا اكفت المرأة بقطعتين خلال (٢٤) ساعة اعتبر طمثها قليلاً أما إذا احتاجت الى (٣ - ٤) قطع اعتبر طمثها طبيعياً وإذا احتاجت الى (٦) قطع اعتبر طمثها شديداً وإذا احتاجت الى اكثر من (٦) قطع كانت الحالة مرضية (نزف طمثي) .

قد تستعمل بعض النساء قطعاً توضع داخل المهبل Tampon وليس في ذلك خطأ من الناحية العلمية ولكن يمنع استعمال هذا النوع في حال وجود أي التهاب تناسلي مها كان نوعه .

ج- التواتر: غالباً تكرر العادة الشهرية كل (٢٨) يوماً وذلك اذا بدأنا بحسابنا منذ اليوم الاول للطمث حتى يومه الاخير.

تعتبر العادة الشهرية طبيعية اذا كان تكرارها كل (٢٤ - ٣١) يوماً.

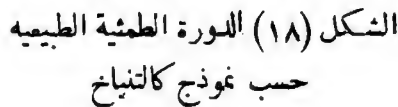
أما إذا كان التكرار كل (٢١ - ٢٣) يوماً فتعتبر الحالة عندئذ تعدد طمث . Polymenorrhoe .

وتعتبر أقصر دورة طمئية ذات دورين (دور التنمي ودور الافراز)
الدورة الطمئية التي تدوم (٢١) يوماً فقط
ويمكننا استعمال النموذج (الشبا) التالي للاستدلال بسهولة على مدة
وشدة وتواتر المادة الشهرية وتسمى (شبا كالتيباخ)

Kaltenbachschema

[illegible]

الشكل (١٧) غموج كالتنباخ



- ۲۲ -

* تعجيل او تسبيح حدوث الطمث *

Vorlegung der Menstruation

كما قد تضطر المرأة أحياناً الى تأجيل حدوث الطمث فقد تضطر أحياناً أخرى الى تعجيل حدوثه . لذا استناداً الى التأثيرات الهرمونية ايضاً تعطى المرأة بعض المركبات المؤلفة من هرموني الجستاجين والاوستروجين وهي الطريقة المفضلة بهدف تحويل الدورة الطمثية الاباضية الطبيعية الى دورة طمثية لاإباضية فيعطى مثلاً :

(آنوفلار ، لينديول ، بريموسستون ، آنوفيد وغير ذلك من المركبات الأخرى)

Anovlar , Lyndiol , Primosiston , Anovid...

والدورة الطمثية اللااباضية أقصر زمناً من الدورة الطمثية الطبيعية .
الطبيعية .

إحداث اوقف النزف في الغشاء المخاطي لبطن الرحم
باستعمال الهرمونات البيضية

يمكن لهرموني المبيض الاوستروجين والبروجسترون احداث النزف في الغشاء المخاطي لبطن الرحم او قطعه في حال حدوثه .
١ - استعمال الاوستروجين :

آ - احداث النزف باستعمال الاوستروجين :

يعود احداث النزف في الغشاء المخاطي لبطن الرحم باستعمال الاوستروجين الى سببين :

السبب الاول : عند تناقص كمية الاوستروجين او التوقف عن افرازه وهذا ما يسمى بالنزف بسبب التوقف عن افراز الاوستروجين ويمكن توضيح ذلك كما يلي :

يؤثر هرمون الاستروجين على الغشاء المخاطي لبطن الرحم ويحوله الى دور التنمي فاذا توقف افرازه انقطع تأثيره المنمي للغشاء المخاطي لبطن الرحم وتوقف الغشاء عن النمو واصيب بالنزف .

السبب الثاني : اذا بقيت كمية الاوستروجين مدة طويلة دون ان تزداد نسبتها او ازدادت قليلاً أدى ذلك الى حدوث النزف في الغشاء المخاطي لبطن الرحم لانه يحتاج الى زيادة مستمرة في كمية الاوستروجين لتابعة نموه او على الاقل للمحافظة على وجوده . فالسبب اذاً يعود الى نقص نسبي في كمية الاوستروجين الذي يؤدي حسب رأي البعض الى اضطراب في التروية الدموية وبالتالي الى تموت في الطبقات العليا للغشاء المخاطي لبطن الرحم فيحدث النزف وهذا ما يدعى بالنزف الناتج عن تنخر الغشاء المخاطي لبطن الرحم .

ب - قطع النزف باستعمال الاوستروجين :

يمكن قطع النزف الناتج عن الغشاء المخاطي لبطن الرحم بتحويل هذا الغشاء الى دور التنمي اي باعطاء الاوستروجين ويؤكد لنا ذلك المثال التالي :

ينقطع الطمث عندما تزداد نسبة الاوستروجين في الدم وهذا ما يحدث عادة في بداية كل دورة طمثية .

٢ - استعمال الجسستاجين (البروجسترون) :

آ - احداث النزف باستعمال البروجسترون :

يحدث النزف في الغشاء المخاطي لبطن الرحم اذا تناقصت كمية البروجسترون في الدم عما كانت عليه او اذا توقف المبيض عن افراز هرمون

البروجسترون وكثال فيزيولوجي على ذلك هو ظهور دم الطمث حيث يعتقد حالياً ان السبب الرئيسي لحوث الطمث هو هبوط كمية البروجسترون في الدم أما هبوط نسبة الاوستروجين في الدم فيعتقد ان دورها ضئيل في احداث الطمث .

ب - قطع النزف باستعمال البروجسترون :

يلاحظ ان النزف الرحمي يتوقف بسرعة عند اعطاء هرمون البروجسترون وآلية ذلك ليست معروفة بعد بشكل صحيح ولكن يعتقد ان السبب يعود الى تأثير البروجسترون على الاوعية الشعرية اذ ان النزف ينجم بالدرجة الاولى عن الشرايين الحزونية المتزفة التي تتأثر بالموثرات الهرمونية وقد يكون تأثير البروجسترون على الاوعية الشعرية النازفة بسد نقاط النزف فيها .

علينا ان نلاحظ ان تأثير البروجسترون هذا ليس هو السبب في توقف دم الطمث اذ ان ذلك يعود الى فعل هرمون الاوستروجين أما تأثير هرمون البروجسترون في قطع النزف كما ذكرنا فهو عمل دوائي بحث نستعمله عند المعالجة .

﴿ تنفيذ اضطرابات الدورة الطمثية ﴾

لمعرفة الاسباب الرئيسية في اضطرابات الدورة الطمثية علينا ان نمرف بدقة قصة المريضة وبشكل خاص الدورات الطمثية عندها وهل هي طبيعية ام مضطربة ونوع هذا الاضطراب اذا وجد وان نجري لها فحصاً نسائياً دقيقاً لأن الفحص النسائي مهم جداً في وضع التشخيص الصحيح كما تجرى لها فحوص اخرى منها ما يمكن عمله في العيادة ومنها ما لا يمكن عمله الا في المشافي .
آ - الفحوص التي تجرى في العيادة :

١ - قياس حرارة البدن الاساسية ويفضل قياسها عن طريق الشرج وعمل خط

بياني لها .

٢ - اعطاء الهرمونات .

٣ - فحص اللطاخة المهبلية خلويًا .

٤ - فحص المفرزات المخاطية لمنق الرحم (عامل المنق)

Zervixfaktor

٥ - فحص خلايا الغشاء المخاطي لباطن الرحم بعد تجريف الغشاء جزئياً
(أي أخذ خزعة من الغشاء) .

ب - الفحوص التي تجرى في المشافي :

١ - اجراء التجريف الكامل للغشاء المخاطي لباطن الرحم .

٢ - اجراء الفحوص الهرمونية : معايرة الاوستروجين البره غنانديول ،
معايرة الـ ١٧ كه توستيروئيد ، معايرة النونادوتروين في البول .

٣ - اجراء الفحوص اللازمة لمعرفة تولد الخلايا خاصة في حالة انعدام
الطمث البدئي والتجري عن وجود اضطرابات في الكروموزوم (الصفيات
او الاجسام الملونة) Chromosome .

٤ - تنظير البطن .

٥ - فتح البطن الاستقصائي .

✽ قياس حرارة البدن الاساسية ✽

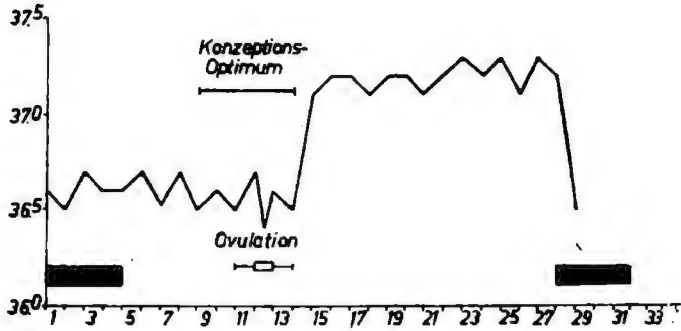
Messong der Basaltemperatur

يعتبر قياس حرارة البدن الاساسية عن طريق الشرج (عندما تصحو المرأة من
نومها مباشرة) ورسم خط بياني لها أسهل طريقة لفحص الوظيفة المبيضية خاصة

بالنسبة لطبيب الميادة لمعالجة الاضطرابات الطمثية فبالنسبة لامرأة صحية البدن وفي سن النشاط التناسلي نجد أن الخط البياني لحرارة عندها يتألف من زمنين :

الزمن الاول : أي الزمن الفوليكليني أو دور التنمي وتكون الحرارة فيه تحت 36.9 درجة (36.6 درجة — 36.8 درجة) .

الزمن الثاني : أي الزمن اللاوتثيني أو دور الافراز وتكون الحرارة فيه فوق 36.9 درجة (37 درجة — 37.2 درجة) وهذا ما يسمى بالزمن فوق الحار Hypertherme Phase



الشكل (١٩) : الخط البياني الطبيعي لحرارة البدن الاساسية في دورة طمثية ذات زمنين حيث يشاهد ارتفاع الحرارة ابتداء من اليوم الرابع عشر للدورة الطمثية .

يبدأ ارتفاع الحرارة لدى امرأة ذات دورة طمثية مدتها (٢٨) يوماً ما بين اليوم الرابع عشر واليوم السادس عشر ويعود السبب في ذلك الى تأثير البروجسترون على المركز الحوروري الكائن في الدماغ المتوسط اذ نلاحظ انه عندما تبدأ نسبة البروجسترون في الدم بالهبوط قبيل الطمث تعود الحرارة الى حدودها الطبيعية .

اثبات حدوث الإباضة

استناداً الى التجارب الحالية يمكن القول ان حرارة
البدن ترتفع لدى المرأة عادة بعد حدوث الإباضة بيوم او
يومين ونادراً ما تتأخر الى اليوم الثالث او الرابع .

وحسب المعلومات الحديثة يمكن القول بأن الإباضة تحدث في اليوم
الثاني عشر الى اليوم الثالث عشر من الدورة الطمثية وقد تتأخر أحياناً
الى الرابع عشر لدى امرأة دورتها الطمثية ٢٨ يوماً .

الطريقة المتبعة في قياس حرارة البدن الاساسية :

تقاس الحرارة عن طريق الشرج يومياً حلاًماً تصحو المرأة من نومها
وقبل نهوضها من الفراش على ان يبقى الميزان مدة خمس دقائق في الشرج
(يمكن قياس الحرارة عن طريق الفم او المهبل اما عن طريق الابطط فلا
يعتمد على نتيجته) ويستعمل لذلك ميزان الحرارة العادي شريطة ان يستعمل
نفسه يومياً ثم نضع نقطة على ورقة تسجيل الحرارة ازاء الدرجة التي اشار
اليها الميزان وفي اليوم الاخير من الدورة الطمثية نرسم خطاً يصل بين تلك
النقاط فنحصل بذلك على خط بياني للحرارة لدورة طمثية كاملة

ملاحظة :

قبل قياس الحرارة يجب ان تكون المرأة قد استراحت في فراشها
مدة (٦) ساعات على الاقل وقبل قياس الحرارة مباشرة يجب عليها ايضاً ان
لا تقوم بأي جهد (اتصال جنسي ، ذهاب الى مرحاض) ويسمح لها فقط
بتناول ميزان الحرارة الموجود جانب فراشها واجراء القياس المذكور بعد
ان يكون الميزان قد هبط قبل النوم (اي انه قد خضع لانزال مادة الزئبق

الى الاسفل) كذلك يشترط ان لا تكون المرأة مصابة برفع حروري وانها لم تستعمل منوماً لان تأثير البروجسترون على الدماغ التوسط قد يزول بسبب تأثير النوم على المركز الحروري .

يمكن الاعتماد في التشخيص على هذه الطريقة اذا طبقت مدة ثلاث دورات طمثية متتابعة .

والنتائج الهامة التي يمكن الحصول عليها في التشخيص باستعمال هذه الطريقة هي :

آ - اثبات حدوث الاباضة .

ب - معرفة المدة التي يستغرقها كل من دور التنمي ودور الافراز .

ج - اثبات حدوث الدورة الطمثية اللاباضية : اي الدورة الطمثية ذات الزمن الواحد او الدور الواحد .

د - اثبات قصور الجسم الاصفر : اي ان الدورة الطمثية ذات زمنين او دورين لكن ما يلاحظ هو سرعة انخفاض الحرارة بعد ارتفاعها أي قصر الزمن الثاني او الدور الثاني مما يدل على قصور الجسم الاصفر .

هـ - تشخيص انعدام الطمث البدني الناتج عن اسباب جانبية .

و - تشخيص الحمل وذلك عند ملاحظة بقاء الحرارة مرتفعة مدة تزيد عن (١٦) يوماً اذ تبقى الحرارة مرتفعة في الشهور الثلاثة الاولى من الحمل ثم تعود بعد ذلك الى حالتها الطبيعية تدريجياً .

*** التشخيص باعطاء الهرمونات ***

هناك اختباران للتشخيص باعطاء الهرمونات هي :

- آ - اختبار البروجسترون (سنائي على ذكره)
ب - اختبار الاوستروجين (سنائي على ذكره أيضاً)

✽ الفشحي في فحص المخبريا المهبلي ✽

Vaginal - Zytologie

ير جلد المهبل بتغيرات وصفية خلال الدورة الطمثية فاذا اخذت لطاخات مهبليية في زمني الدورة الطمثية وفحصت الخلايا الابتيلاية سنجد ان اشكال هذه الخلايا تختلف في الزمن الاول عما هي عليه في الزمن الثاني ، والطريقة الصحيحة في أخذ هذه اللطاخات تكون باستعمال حامل تؤخذ بواسطته المفرزات من أحد جانبي المهبل وفي حال وجود زف ما تؤخذ المفرزات من الجدار الامامي وتفرش على الصفيحة ثم ترسل للفحص الخلوي حيث نستطيع معرفة الزمن او الدور الذي تمر فيه الدورة الطمثية ، وقد نضطر احيانا لاختذ لطاخات عديدة بفترات متتالية لوضع التشخيص الصحيح .

فحص المفرزات المخاطية لمنق الرحم .
او تشخيص عامل المنق

تطراً تغيرات وصفية على المفرزات المخاطية لمنق الرحم خلال الدورة الطمثية وتحدث كافة هذه التغيرات في الايام الثلاثة التي تسبق حدوث الاباضة بسبب ارتفاع كمية الاوستروجين وتظهر هذه التغيرات في :

- آ - كمية المفرزات المخاطية : تزداد هذه المفرزات حتي تبلغ عشرة امثالها احيانا وتندفق قبيل حدوث الاباضة من فوهة عنق الرحم كما يتدفق النبع .
٢ - شفوفيتها : تكون المادة المخاطية معدومة الشفوية عادة ولكن

قبيل الاباضة تصبح رائحة وشفافة كماء النبع .

٣ - لزوجتها : Viskositact تكون المفرزات المخاطية عادة قاسية لا تبدي أي مرونة ولكن قبيل الاباضة نتيجة لزيادة التميح تحف هذه القساوة فترتفع نسبة اللزوجة فيها .

التمطط : Spinnbarkeit تصبح المفرزات المخاطية التي ازدادت لزوجتها قابلة للتمطط (كما يحدث عند أخذ العسل برأس المعلقة) ويظهر ذلك عند محاولة أخذ شيء من المفرزات المخاطية الموجودة على فوهة عنق الرحم اذ نجد انها تلتصق على الحامل وكلما ابدناه عن فوهة العنق تمططت وامتدت معه حتى يمكن أن يصل طولها الى (٦ - ٨) سم .

٥ - اختبار نبات السرخس : Farntest ويكون ذلك بوضع قطعة من المفرزات المخاطية على صفيحة وفرشها عليها ثم تترك لتجف وتفحص بعد ذلك بالمجهر فاذا كانت المفرزات المخاطية قد أخذت قبيل الاباضة تشاهد عندئذ على الصفيحة اشكال تشبه نبات السرخس .

٦ - اتساع فوهة عنق الرحم : تتسع الفوهة الخارجية لعنق الرحم ويتسع مجرى العنق قبيل الاباضة اتساعاً أكبر منه في أي زمن آخر .

والواقع ان الطبيب لا يحتاج الى خبرة كبيرة وتمارين كثيرة في اجراء الفحوص النسائية لكي يعرف المرأة التي يفحصها في اي الزمنين من زمني الدورة الطمثية هي عندما يعرف كمية ونوعية المفرزات المخاطية لعنق الرحم وسعة فوهة هذا العنق .



الشكل (٢١)
قابلية التعلط لمقرزات العنق



الشكل (٢٠)
التمرخس

الفحص الخلوي لنزعة من الغشاء المخاطي لباطن الرحم

تجلى أهمية الفحص الخلوي للغشاء المخاطي لباطن الرحم في اضطرابات الدورة الطمثية بالدرجة الأولى في حالات العقم الوظيفي . فإذا كانت المرأة مصابة بغياب الطمث لأسباب رحمية أو كانت الدورات الطمثية لديها عديمة الإباضة فنجري عندئذ التجريف الجزئي لأخذ خزعة من الغشاء المخاطي لباطن الرحم باستعمال مجرفة ذات نوع خاص ثم تفحص هذه الخزعة فحصاً خلوياً . وقد لانتاج في هذه العملية إلى إجراء توسيع عنق الرحم أو إلى تخدير المريضة لكن أخذ الخزعة يجب أن يكون قبيل حدوث الطمث أي بين اليوم (٢٤ - ٢٨) من الدورة الطمثية .

إن أخذ خزعة من الغشاء المخاطي لبطن الرحم وفحصها خلويًا كاف لتشخيص اضطرابات الدورة الطمثية أما في حال وجود شك بالإصابة بسرطان عنق الرحم أو جسم الرحم عندئذ وبدون استثناء يجب إجراء تجريف الرحم الكامل وفحص المادة المجرية خلويًا .

* تصنيف الاضطرابات الطمثية *

Einteilung der Zyklusstoerungen

الشكل الاول : عدم انتظام الدورات الطمثية = اضطراب نظم الدورات

1 Tempoanomalien . الطمثية .

الشكل الثاني : اضطراب طراز الدورات الطمثية = اضطراب شدة

2 Typusanomalien . الطمث .

الشكل الثالث : النزوف الاضافية في دورة طمثية ذات زمنين

3 Zusatzblutungen

الشكل الرابع : النزوف الناجمة عن عدم انفجار جريب غراف .

4 Follikelpersistenzblutungen

5 Amenorrhoe . الشكل الخامس : انعدام الطمث .



الشكل (٢٢) : دورة طمثية طبيعية ومنتظمة من حيث

شدة ومدة الطمث

شديد
طبيعي
خفيف



الشكل (٢٦) : الطمث الشديد
Hypermenorrhoe

الشكل الثالث : النزوف الاضافية في دورة طمئية ذات زمنين

شديد
طبيعي
خفيف

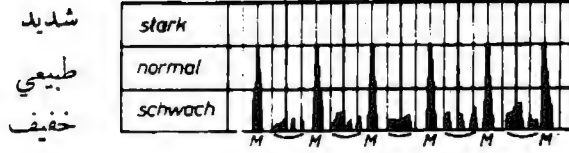


الشكل (٢٧) : النزف ما قبل الطمث
Vorblutung

شديد
طبيعي
خفيف

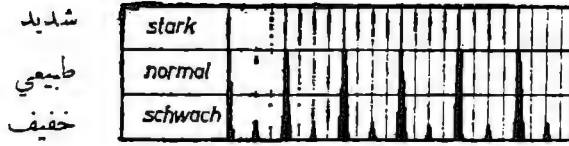


الشكل (٢٨) : النزف ما بعد الطمث
Nachblutung



الشكل (٢٩) : النزف ما بين الطمثين

Zwischenblutung



الشكل (٣٠) : النزف في منتصف الدورة الطمثية = نزف الاباضة

Mittelblutung = Ovulationsblutung

الشكل الرابع : النزوف الناجمة عن عدم انفجار جريب غراف



الشكل (٣١) : النزوف الناجمة عن عدم انفجار جريب غراف

Follikelpersistenzblutung

الشكل الخامس: انعدام الفم

شدید	stark
طبیعی	normal
خفیف	schwach

الشكل (٣٢) : انعدام العظم

Amenorrhoe

﴿ الشکل الاول ﴾

عدم انتظام الدورات الطمثية = اضطراب نظام الدورات الطمثية

Anomalien des Blutungsrhythmus =

Tempoanomalien

١ - ندرة العموث = الدورات الطمئية التي تزيد مدة الدورة الواحدة

Oligomenorrhoe = Zyklusdauer 31 يوما

Laenger als 31 tage

كما في الشكل (٢٣) على الصفحة ٤٥

في ندرة الطموث لا تنكرر الدورة العظمية كل اربعة أسابيع كما هي

الحالة في اللورات الطمئية الطبيعية بل تتكرر كل (٥ - ٦) أسابيع أو أكثر

فالدورة الطمئية اذاً متطاوله بمكس الدورة العظمية في حالة تعدد الطموث

Polymenorrhoe التي تكون قصيرة. اما من حيث الشدة فيمكن

اُن تڪون :

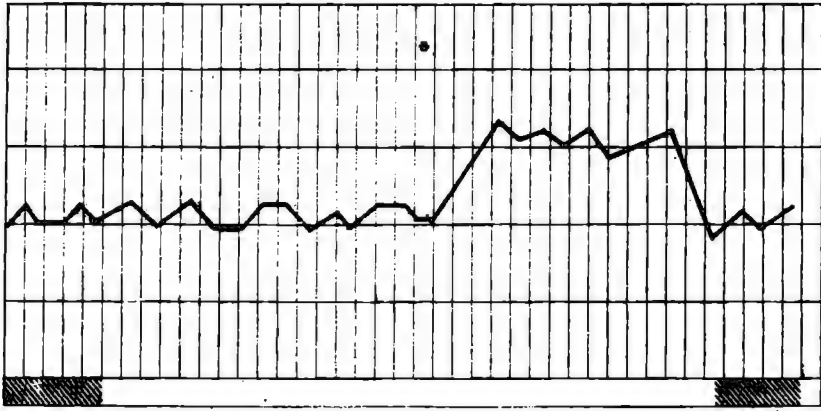
آ - خفيفة = ندرة الطموث مع طمٹ خفيف

Oligo - Hypomenorrhoe

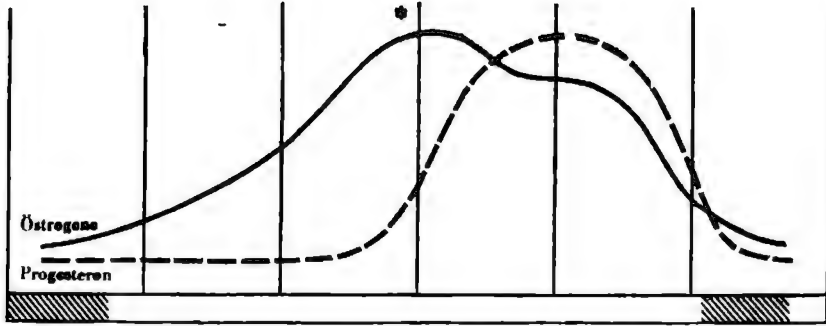
ب - شديدة = ندرة الطمث مع طمث شديد

Oligo - Hypermenorrhoe

ويعود تطاول الدورة الطمثية ذات الزمنين في ندرة الطمث الى تطاول الدور الاول أي دور نضج جريب غراف بينما يكون دور الجسم الاصفر طبيعياً ويمكن اثبات ذلك بقياس حرارة البدن الاساسية .



الشكل (٣٣) : الخط البياني لحرارة البدن الاساسية في ندرة الطمث حيث تكون الدورة الطمثية ذات زمنين ويكون فيها الزمن الاول أي فترة نضج جريب غراف في أذاب الاحيان (دائماً تقريباً) متطاولاً . أما الزمن الثاني أي فترة الجسم الاصفر فيكون طبيعياً . ★ = الاباضة



الشكل (٣٤) : الخط البياني لهرموني الاوستروجين والبروجسترون
للدورة طمثية ذات زمنين من أشكال ندرة الطموث ويرى فيها تطاول فترة نضج
جريب غراف بينما تبقى فترة الجسم الاصفر طبيعية . ★ = الاباضة

كما انه ليس من النادر وجود ندرة الطموث مع كون الدورات
الطمثية من نوع الدورة الطمثية ذات الزمن الواحد Monophase
ويشاهد ذلك ايضاً على الخط البياني للحرارة وتعني هذه الحالة بالنسبة
للمرأة العقم ذا المنشأ الوظيفي .

ويعتقد بأن تطاول دور نضج الجريب يعود الى توقف في سير نمو
جريب غراف في دورة طمثية إباضية او الى تحول الدورة الطمثية الاباضية الى
دورة طمثية لااباضية .

المعالجة :

ان المعالجة هنا ليست ضرورية ولكن يجب توضيح هذا الامر
للمريضة وافهامها بأن حالتها طبيعية وليست مرضية وتكون المعالجة اذا اردنا
باعطاء دواء مركب من هرموني الاوستروجين والجستاجين معاً حسب طريقة
كاوفمان Kaufmann بهدف التأثير على الجهاز المركزي (الدماغ المتوسط -

الفص الإمامي للنخامة) وتكرار هذه المعالجة عدة شهور متتالية هذا ويندر
ان تؤدي هذه المعالجة الى النتيجة المرجوة .

٢ - تعدد الطموث = الدورات الطمثية التي تقل مدتها عن ٢٤ يوماً

Polymenorrhoe = Zyklus dauert
weniger als 24 Tage

المرأة المصابة بتعدد الطموث (اذا اعتبرت مدة الدورة الطمثية الطبيعية
٢٨ يوماً) يزيد عدد طموثها خلال عام واحد عن ١٣ طمثاً كما هو في الحالة
الطبيعية وقد يصبح (١٥ - ١٧) طمثاً او يزيد اي أن مدة الدورة الطمثية
تصبح اقصر من المدة الطبيعية .



الشكل (٣٥) : تعدد الطموث

Polymenorrhoe

تعدد الطموث = طموث متكررة كثيرة = طموث ذات
دورة زمنية قصيرة .

يمكن للدورة الطمثية ان تكون قصيرة بحيث يبلغ عدد أيامها ٢٤
او ٢٢ وفي حالات نادرة ٢١ يوماً تحتوي على زمنيين اي على دور التنمي
ودور الافراز والاسباب التي يمكنها ان تؤدي الى تعدد الطموث هي ثلاثة :

٢ - اذا كان الدور الفوليكلوي قصيراً = النوع الاول .

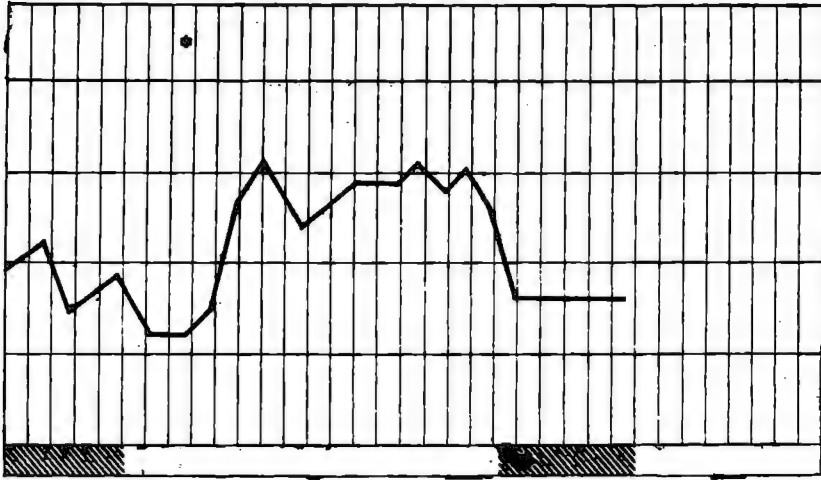
ب - اذا كان الدور اللوتيني قصيراً = النوع الثاني .

ج - اذا كانت الدورة الطمثية دورة لا اباضية = النوع الثالث .

ففي حالة معينة ولمعرفة اي من الاسباب الثلاثة ادى الى احداث تعدد الطموث
نعمد الى الطريقة البسيطة وهي قياس حرارة البدن الاساسية ثم قراءة الخط البياني لها .

النوع الاول = قصر الدور الفوليكونيني :

اذا كانت الدورة الطمثية تتألف من (٢١) يوماً وذات دورين نلاحظ
على الخط البياني للحرارة أن مدة الدور الفوليكونيني أقصر مما هي عليه في
الحالة الطبيعية بينما نجد مدة الدور اللوتيني في حدودها الطبيعية ، كما نلاحظ
ان الحرارة بدأت بالارتفاع منذ اليوم العاشر ، وبما أن الاباضة تحدث قبل
ارتفاع الحرارة بيوم أو يومين ، وبما أن حدوث الاباضة يعني نهاية الدور
الفوليكونيني فمدة هذا الدور في هذه الدورة الطمثية هي (٨) أيام بدلاً من
المدة الطبيعية التي تتراوح بين (١٢ - ١٤) يوماً .



الشكل (٣٦) : الخط البياني لقياس حرارة البدن الاساسية في تعدد
الطموث من النوع الاول أي الدور الفوليكونيني قصير .

المعالجة :

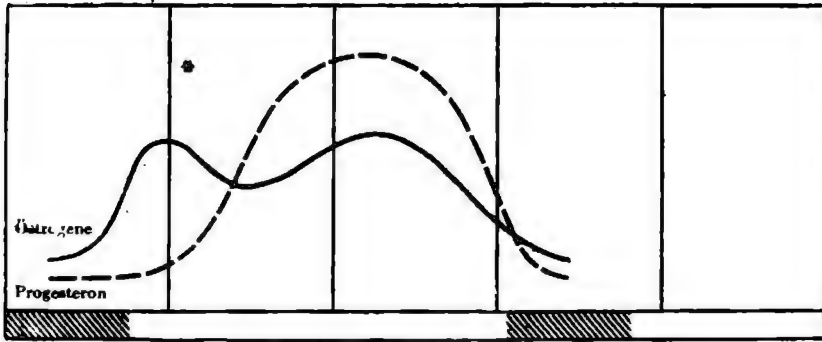
تكون المعالجة ضرورية فقط اذا ترافق تمدد الطموث بشدة الطموث خشية من اصابة المرأة بفاقسة دموية . وتقوم هذه المعالجة على اعطاء الاوستروجين لاطالة الزمن الفوليكليني ويجب تكرار هذه المعالجة عدة شهور متتالية .

النوع الثاني : = قصر الدور اللوتيني :

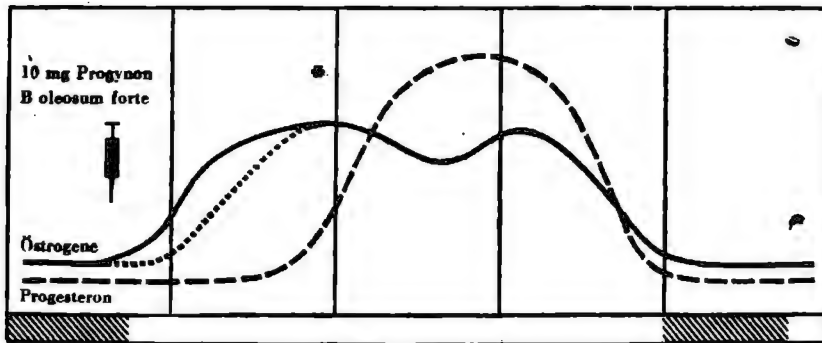
ويعتبر هذا النوع اكثر مصادفة من النوعين الآخرين ، وبملاحظة الخط البياني للحرارة نجد أن الدورة الطمثية ذات زمنين وان مدة الدور الفوليكليني طبيعية بينما تكون مدة الدور اللوتيني قصيرة وان الإباضة تحدث في زمنها الطبيعي ولكننا نلاحظ في نفس الوقت ان الخط البياني للبروجسترون يدل على نقص في كميته وقصر في مدة بقاءه وسرعة في انحداره ، لذلك يحدث الطمث مبكراً لان نسبة البروجسترون في الدم تنحدر في وقت مبكر لذا وبسبب قصر الخط البياني للبروجسترون يصاب النساء المخاطي لباطن الرحم بقصور يفعه من التحول تحولاً كافياً من دور التنمي الى دور الافراز اي ان هناك قصوراً في امكانية تمشيش الببضة وبالتالي فان النساء المصابات بهذه الحالة هن غالباً نساء عقيمت .

المعالجة :

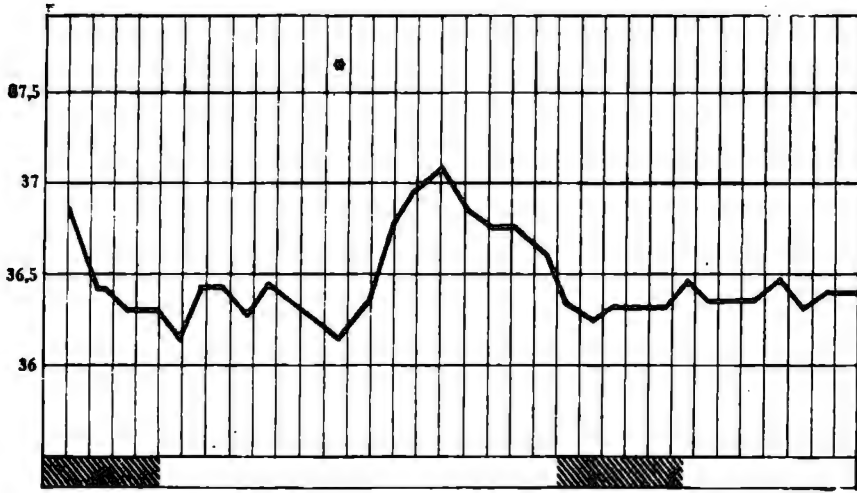
تكون المعالجة ضرورية اذا ترافق تمدد الطموث بشدة الطمث او اذا كانت لدى المرأة رغبة في الحمل . وتقوم هذه المعالجة على اعطاء البروجسترون لتعويض النقص في نسبته بالدم ولكي لا تنحدر هذه النسبة في زمن أبكر من الزمن الطبيعي اي لتأخير حدوث الطمث حتى مواعده الطبيعي ويجب تكرار هذه المعالجة عدة شهور متتالية .



الشكل (٣٧) : الخط البياني لهرموني الاوستروجين والبروجسترون في تعدد الطموث من النوع الاول أي الدور الفوليكلوني قصير .



الشكل (٣٨) : معالجة أشكال تعدد الطموث من النوع الاول اي الدور الفوليكلوني قصير حيث يعطى الفوليكلولين بين اليوم الرابع والسادس للمورة الطمئية مما يؤدي الى تأخير يوم الاباضة واعادته الى زمنه الطبيعي كما في دورة طمئية طبيعية .



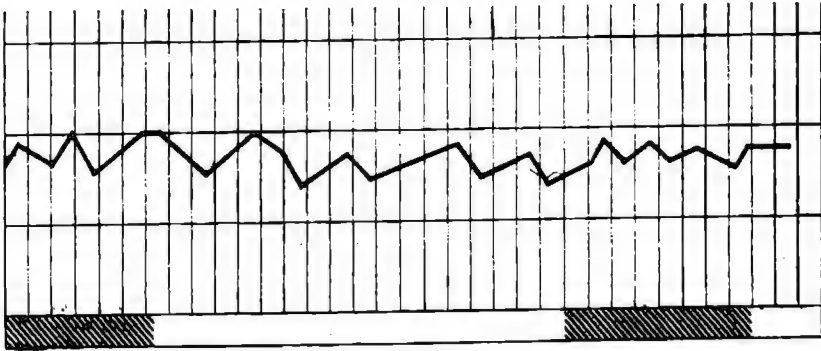
الشكل (٣٩) : الخط البياني لحرارة البدن الأساسية في تعدد الطموت من النوع الثاني حيث يعود السبب في اغلب الاحيان الى قصر زمن فترة الجسم الاصفر بينما يكون الزمن طبيعياً في فترة نضج جريب غراف .

النوع الثالث = الدورة الطمثية اللاإباضية : = دورات طمثية قصيرة ومنتظمة تنتهي بنزف مشابه للطمث :

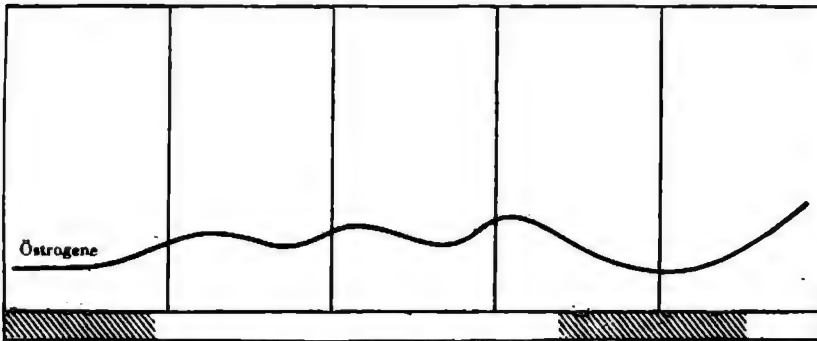
هناك بعض النساء يصبن بنزف منتظم كل (٣ - ٤) اسابيع لكننا لا يمكن ان نسمي هذا النزف طمثاً رغم كونه منتظماً يشبه الطمث الطبيعي من حيث الشدة والمدة ايضاً ، ومما تجدر ملاحظته في الخط البياني للحرارة في هذا النوع هو انعدام ارتفاع الحرارة الذي يعقب حدوث الإباضة عادة اي انه لا تحصل اباضة ولا يتكون الجسم الاصفر كما يؤكد الخط البياني للحرارة ان الدورة الطمثية ذات زمن او دور واحد عكس ما هي عليه الدورة الطمثية الطبيعية التي تتألف من زمنين او دورين وتراوح مدة هذه الدورة الطمثية غالباً بين ثلاثة اسابيع الى ثلاثة اسابيع ونصف .

المعالجة :

تقوم المعالجة على اعطاء مادة دوائية مؤلفة من هرمون الفوليكلين وهرمون اللوتئين معاً عدة شهور متتالية فتنتظم الدورة الطمثية بحيث تصبح مدتها طبيعية ، كما ان حدوث الاباضة يصبح ممكناً نتيجة لتأثير (رد الفعل المحرض) Reboundeffekt وسوف نرى ذلك مفصلاً .



الشكل (٤٠) : الخط البياني لقياس حرارة البدن الاساسية في تعدد الطموث من النوع الثالث اي ان السبب يعود الى كون الدورة الطمثية لاإباضية اي ذات زمن واحد .



الشكل (٤١) : الخط البياني لهرمون الاوستروجين في تعدد الطموث من النوع الثالث اي دورة طمثية لا اباضية مدتها في هذا الشكل (٢٤) يوماً تقريباً .

السبب الحقيقي للطمث الخفيف لم يعرف بعد ولكننا نجد غالباً آفات عضوية مرافقة له يمتد بأنها هي السبب وخاصة سمل النشاء المخاطي لبطن الرحم كما قد يعزى السبب ايضاً الى تحريف عنيف أدى الى تخريب في النشاء المخاطي لبطن الرحم . كذلك يمكن أن يحدث الطمث الخفيف بعد الولادة او في بداية سن اليأس او نتيجة لامسباب نفسية او لتغير في الطقس او الوسط ، وفي حالات نادرة قد يكون مرافقاً لحالات قصور البيض . وقد يرافق الطمث الخفيف امراض الغدد الصم وفي هذه الحالات تصاب المريضة بسمنة او تشكو من اعراض تسبق اصابها بالطمث الخفيف .

اذا كان الطمث الخفيف ناتجاً عن اسباب وظيفية وكانت الدورات الطمثية دورات اباضية (ويعرف ذلك بقياس حرارة البدن الاساسية) يصبح الامر عديم القيمة اذ ليست له اية نتائج سيئة ولا لزوم لتطبيق اية معالجة علماً بأن المعالجة قد لا تؤدي الى النتيجة المقصودة حيث يبقى الطمث خفيفاً كما كان عليه من قبل .

ب - الطمث الشديد : Hypermenorrhoe

الطمث الشديد هو الطمث الذي تكون الحالة غير الطبيعية الوحيدة فيه ضياع كمية كبيرة من الدم . اما بالنسبة لمعدد أيام الطمث وللزمن الفاصل بين طمثين فلانها تبقى في حدودها الطبيعية وكثيراً ما يطلق تبـير الطمث الشديد Hypermenorrhoe والنزف الطمثي Menorrhagie على مفهوم واحد إلا ان هذا خطأ واذا عدنا الى المفهوم القديم للنزف الطمثي نجد انه يعني الطموث الشديدة والمديدة والمتقاربة اي يعني اضطراباً طمثياً متعدد الصفات ويمود في نفس الوقت الى اسباب مختلفة ايضاً ولكننا الآن وحسب رأي (لاكس Lax) نفي بكلمة النزف الطمثي Menorrhagie الطمث المديد فقط كما وقد اصبح من المتعارف عليه الآن في قياس شدة الطمث الرجوع

الى عدد القطع التي تلوثها المرأة يوميا فاذا زادت عن (٦-٨) قطع يوميا نقول عندئذ ان المرأة مصابة بطمث شديد .



الشكل (٤٤) : الطمث الشديد



الشكل (٤٥) : النزف الطمثي ونغي بذلك الطمث المديد فقط
(ازدياد عدد أيام الطمث)

اسبابه :

١ - الاسباب العضوية : تعود ٩٠٪ من الحالات الى اسباب عضوية كائنة في :

أ - الاعضاء التناسلية مثل الاصابة بداء البطانة الرحمية Endometriose او ورم الرحم المضي Myome وخاصة الورم الخلالي Intramural او ورم ماتحت الغشاء المخاطي Submukoeese او مرجلات جسم الرحم Korpuspolyphen .

ب - خارج الاعضاء التناسلية مثل امراض القلب ، ارتفاع التوتر الشرياني ، الآفات الكلوية ، اضطرابات تخثر الدم نتيجة لنقص الصفائح الدموية Thrombosthenie

٢- الأسباب الوظيفية : = الأسباب الهرمونية : وتكوين الأسباب الوظيفية اقل بكثير من الاسباب العضوية واهمها :

ضعف المقوية العضلية في الرحم وذلك في حالات الأرحام الناقصة النمو
Hypoplasie نقص الصفائح الدموية ، فرط التوتر الشرياني

التشخيص :

للوصول الى التشخيص الصحيح يجب اجراء الفحص النسائي الكامل
لتفي او اثبات وجود الاسباب العضوية وفي حالة وجودها كأورام الرحم
العضلية الموجودة تحت الغشاء المخاطي مثلاً يجب اجراء التجريف الكامل لكي
تتعرف على جوف الرحم فاذا ما شعرنا بوجود حدة فيه او ما يشبه التدرج او
وجود سطوح خشنة تفصلها سطوح ملساء يكون التشخيص عندئذ اما ورماً
عضلياً رحيماً تحت الغشاء المخاطي واما داء البطانة الرحمية .

المعالجة :

اذا كانت الاسباب عضوية تكون المعالجة حيثئذ حسب السبب ولكن
مما يؤسف له انه في كثير من الحالات لا تكون الفحوص المجراة كافية للكشف
عن الاسباب العضوية فيلجأ عندئذ الى المعالجة الهرمونية وبذلك يكون الطبيب
المعالج قد ارتكب خطأ فاحشاً اذ ان المعالجة الهرمونية لا تطبق الا اذا قمنا
وجود كافة الاسباب العضوية . وعندما تترافق الحالة بنقص في غو الرحم
يلجأ الى بعض المعالجات الحكيمة مثل :

المعالجة المائية Hydrotherapie ، التدليك ، رياضة معينة،
حياة منظمة وقد يلجأ فقط الى المعالجات الهرمونية .

اما اذا نفيت الاسباب المضوية ولم تؤد المعالجة الهرمونية الى الغاية المرجوة باجأ عندئذ الى اعطاء مضادات حالات الفيرين (المعالجة بمضادات حالات الفيرين) Antifibrinolytische Therapie حيث يستقد بأن السبب في هذا الطمث الشديد انما يعود الى انحلال آفبرين الدم وبالتالي الى اضطراب تخثر الدم ويمكن ان تعطى معالجة عرضية اضافية باعطاء مقبضات الرحم كمعالجة مساعدة يبدأ بها منذ اليوم الاول للطمث مثل المتهرجين Methergin او ما يشابهه من الادوية الاخرى التي تصود الى نفس الزمرة اللوائية

﴿ السُّكُلُ الثَّالِثُ ﴾

التزوف الاضافية في دورة طمثية ذات زمنين :

Zusatzblutung in biphasischen Zyklus

ونعني بالتزوف الاضافية كافة التزوف التي تحدث خلال الدورة الطمثية ولما كانت مدة الطمث (٧) ايام حسب رأي شرودمر R.Schroeder اذاً فالنزوف الاضلفية هي النزوف التي تحدث ما بين اليوم (٨ - ٢٨) من أيام الدورة الطمثية .

اقسامها : تقسم هذه النزوف الى اربعة أقسام .

آ - النزوف ماقبل الطمث .

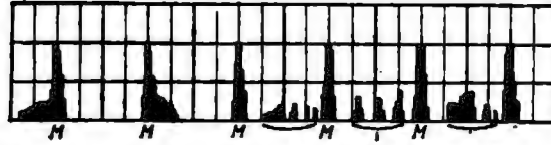
ب - النزوف مابعد الطمث .

ج - النزوف ما بين الطموث وتشمل كافة النزوف الاضافية باستثناء

النزوف ماقبل الطمث والنزوف مابعد الطمث .

د - نزوف منتصف الدورة الطمثية : وهي نزوف ما بين الطموثين

إلا انها تتميز بمحدوثها في منتصف الدورة الطمثية .



الشكل (٤٦) : النزوف الاضافية حسب زمن حدوثها
بالنسبة للدورة الطمثية

اسبابها :

تعود النزوف الاضافية الى اسباب هرمونية (اي النزوف الناجمة عن اضطرابات وظيفية) . **Dysfunktionelle Blutung** . والى أسباب عضوية (سرطان عنق الرحم ، سرطان جسم الرحم ، سرطان المهبل ، الاورام العضلية ماتحت الغشاء المخاطي ، مرجلات عنق الرحم وجسم الرحم ، التهاب الغشاء المخاطي لبطن الرحم ، داء البطانة الرحمية اي الاندوميتريوز الرحمي ، اكتوبيا حديثة في عنق الرحم Ektopie) هذا وبما أن النزوف الاضافية هي العلامة السريرية الاولى للآفات السرطانية لذا يجب اجراء الفحص النسائي وفحص اللطاخة المهبلي خلويًا عند كل امرأة تشكو من النزوف الاضافية

هذا ويمكننا أيضاً تقسيم النزوف الاضافية عموماً الى نزوف دورية ونزوف لادورية ونعني بالنزوف الدورية النزوف التي تحدث في فواصل منتظمة وبشدة متساوية وتكرر بنفس هذا الترتيب في دورات طمثية متتالية أما النزوف اللادورية فهي النزوف التي تتكرر ما بين الطموث بدون انتظام. تعود النزوف الدورية الى اسباب هرمونية بينما تعود النزوف اللادورية الى اسباب عضوية ويمكن أن يحدث العكس وان كان ذلك نادراً كما أن النزوف الدورية تحدث في دورات طمثية ذات زمنين اما النزوف اللادورية فتحدث في دورات طمثية ذات زمن واحد وذات زمنين .

آ - النزوف ما قبل الطمث :وهي نزوف خفيفة غالباً تحدث خلال
الشرة ايام التي تسبق الطمث وتنشأ عن نزوف في الشرايين الحزنونية الموجودة
في الغشاء المخاطي لبطن الرحم وتكون هذه النزوف بشكل عام مزعجة جداً
للمريضة وتؤدي الي ضياع كمية من الدم عندها وكثيراً ما تكن هؤلاء النسوة
مصابات بالعقم .



الشكل (٤٧): النزف ما قبل الطمث

١ - الاسباب الهرمونية :

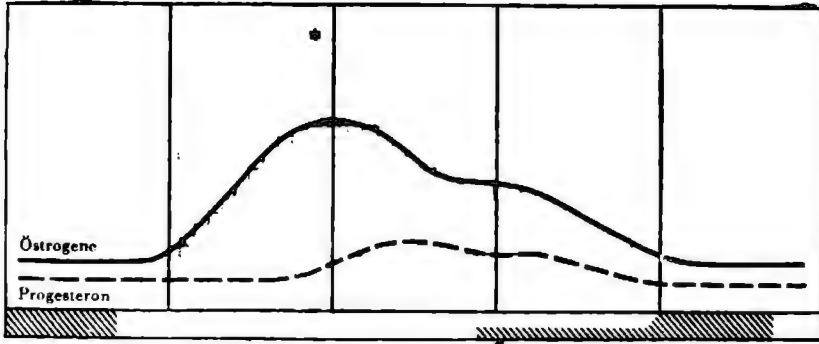
في أغلب الحالات تعود هذه الاسباب الى قصور يصيب الجسم الاصفر خاصة في الايام الاخيرة التي تسبق الطمث حيث تنخفض نسبة افراز البروجسترون والاوستروجين في وقت مبكر لذا فاننا نجد ان الخط البياني لهذين الهرمونين منخفضاً وسطحياً ومبكراً في الانحدار (أي قبل الزمن الطبيعي الذي يجب ان ينحدر فيه) لذلك ولكون هبوط الخط البياني مبكراً ولكونه سطحياً يستمر النزف مدة طويلة ولكونه منخفضاً فانه لا يكفي لتحويل الغشاء المخاطي من دور التنمي الى دور الافراز مما يجعل امكانية تعشيش البويضة ضعيفة اي أن البويضة الملقحة لن تجد مكاناً معداً للتعشيش فيه لهذا فان أغلب النساء المصابات بنزوف ما قبل الطمث هن نساء عقيقات نتيجة لقصور الجسم الاصفر .

المعالي :

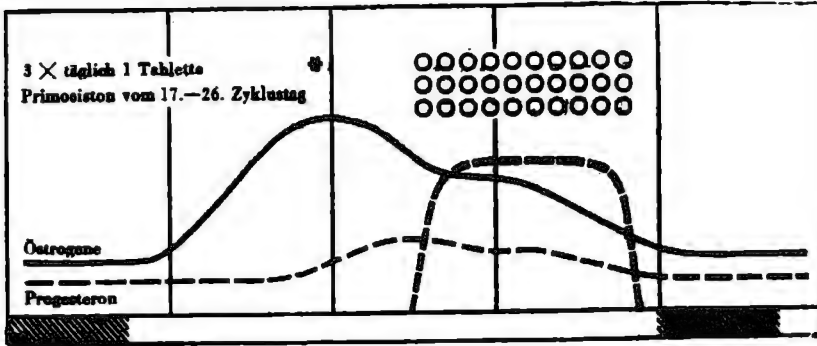
تقوم المعالجة على اعطاء (ائينيل الاوستراديول مع ائينيل اسهاتات نورته مستوستهرون) (بریموسیتون) حسب نظام خاص .

٣ - الاسباب العضوية :

في حالة الشك بوجود اسباب عضوية لهذه النزوف يجب اجراء
التجريف الجزأ والفحص الخلوي للمادة المخرقة لتطبيق المعالجة السببية .



الشكل (٤٨) : نزف ما قبل الطمث ويرينا الخط البياني للاستروجين
والبروجسترون نقصهما معاً بالإضافة الى انحدارهما المبكر نتيجة لقصور الجسم
الاصفر (ومما تجدر ملاحظته أن الجسم الاصفر يفرز أيضاً هرمون الاوستروجين
الذي يكون قليلاً وينحدر مبكراً بسبب القصور المذكور) .



الشكل (٤٩) : معالجة النزف ما قبل الطمث ونستهدف تحويل الغشاء
المخاطي لباطن الرحم الى دور الافراز بشكل كاف لتمشيش البضة الملقحة
وزوال النزف ما قبل الطمث ذاته .

ب- النزوف ما بعد الطمث :



الشكل (٥٠) : النزف ما بعد الطمث

وهي النزوف التي تلي الطمث مباشرة ويمكن ان تعود الى اسباب هرمونية او اسباب عضوية .

١ - الاسباب الهرمونية :

هي تطاول مع عدم انتظام زمن انقذاف الغشاء المخاطي لبطن الرحم . في نزوف ما بعد الطمث يتطاول زمن تنكس الجسم الاصفر لكي يتحول الى الجسم الابيض مما يؤدي الى استمرار نسبة البروجسترون والايستروجين في الدم مدة اطول مما يجب قبل انحدارها وهذا يؤدي بالتالي الى تطاول في زمن انقذاف الطبقة المفرزة للغشاء المخاطي لبطن الرحم (ماير R . Meyer) اذ ان انقذاف الغشاء المخاطي لبطن الرحم في الحالة الطبيعية يتم خلال (٣٦-٤٨) ساعة بينما في هذه الحالة قد يستمر انقذافه من (٨-١٤) يوماً او يزيد فيحدث ما يسمى بالطمث المديد . Menorrhagie .

المعالجة :

تقوم المعالجة على اعطاء حبوب منع الحمل منذ اليوم (٥ - ٢٥) للدورة الطمثية مدة (٣ - ٤) شهور او اعطاء البريموسيستون Primosiston ثلاث حبات يومياً ابتداء من اليوم (١٨ - ٢٦) من أيام الدورة الطمثية اما اذا

تصاب بعض النساء بنزف خفيف في منتصف الدورة الطمثية بين اليوم (١٢ - ١٤) من أيام الدورة الطمثية أي في الزمن الذي تحدث فيه الإباضة (انفجار جريب غراف وانقذاف البويضات) وقد يدوم هذا النزف الخفيف بضع ساعات أو يستمر (١-٢) يوماً وقد يكون هذا النزف من الخلفة بدرجة لا تلاحظه المرأة نفسها ولكن يمكن مشاهدته عند إجراء الفحص النسائي فقط كما قد يترافق هذا النزف بألم خفيف في البطن ويفسر هذا النزف حالياً كما يلي :

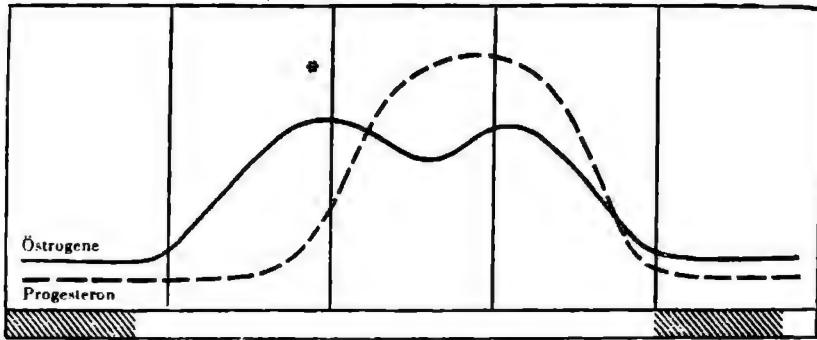
يؤدي الخط البياني الاوستروجين عادة انحداراً في نسبه بعد حدوث الإباضة مباشرة وعند النساء المصابات بهذا النزف يكون انحدار الاوستروجين اكثر من الطبيعي لذلك فان هذا النقص الشديد نسبياً في كمية الاوستروجين يؤثر على الغشاء المخاطي لبطن الرحم محدثاً ما دعونه بنزف الإباضة فالنزف اذاً هو نتيجة لنقص في تأثير الاوستروجين على الغشاء المخاطي لبطن الرحم وليس نتيجة لحدوث الإباضة نفسها لذا فهو لا يحتاج الى المعالجة . هذا وللتأكد من كونه نزف اباضة يجب :

آ - اجراء الفحص النسائي (المس - فحص عنق الرحم بمنظار المهبل - فحص لطاخه مهبلية - فحص عنق المهبل بمنظار المهبل الكبير Kolposkopie والتأكد من كون النتائج طبيعية .

ب - استجواب المريضة للتأكد من حدوث النزف بشكل منتظم في منتصف الدورات الطمثية كما يمكن ايضاً الاستعانة بقياس حرارة البدن الاساسية .

ج - اذا لم يحدث هذا النزف بعد معالجة هرمونية مثلاً بعد اعطاء حقنة عضلية من بنزوات الاستراديول Oestradiolbenzoat (٥ ملغ بروجينيون قوي) بشكل حقنة عضلية قبل يومين من توقع حدوث النزف .

أما اذا حدث النزف رغم هذه المعالجة فيكون عندئذ من منشأ عضوي ويستوجب ذلك اجراء التجريف الجزأ اي تجريف جسم الرحم وتجريف عنق الرحم كل على حدة وفحص الماده المجرفة فحصاً خلوياً لمعرفة السبب العضوي لهذا النزف .



الشكل (٥٢) : الخط البياني لهرموني الاوستروجين والبروجسترون في دورة طمثية طبيعية . ☆ = الاباضة .

* الشكل الرابع *

النزوف الناجمة عن عدم انفجار جريب غراف = النزوف الناجمة عن الاضطراب الوظيفي في حالة عدم انفجار الجريب

Follikelpersistenzblutungen = Dysfunktionelle Blutungen bei Follikelpersistenz .

عندما نريد التحدث عن النزوف الناجمة عن الاضطراب الوظيفي نريد بنفس الوقت ان نؤكد اننا لانمي مطلقاً النزوف الناجمة عن أسباب

عضوية كالرحم مثلاً بل نمي بالاضطراب الوظيفي اضطراب وظيفة البيض اي ان كافة نزوف الاضطراب الوظيفي تنجم عن اضطراب وظيفة البيض اي ان لهذه النزوف علاقة بالفشاء المخاطي لبطن الرحم فقط نتيجة لقصور في افراز الهرمونات المبيضة .

من المعروف ان المبيضين يشكلان حلقة في الدارة المؤلفة من الدماغ المتوسط - الفص الامامي للنخامة - المبيضين وانه لا يمكن تصور اي اضطراب في وظيفة البيض دون حدوث اضطراب في عمل هذه الدارة كما ان اي اضطراب في الدماغ المتوسط او في الفص الامامي للنخامة سوف يؤدي بالضرورة الى اضطراب في وظيفة المبيضين .

من ذلك كله يمكن القول :

اننا نمي بالنزوف الناجمة عن الاضطراب الوظيفي كافة
النزوف الناجمة عن اضطراب في وظيفة الدارة المؤلفة من
الدماغ المتوسط - الفص الامامي للنخامة - المبيضين .

ينتج مما تقدم ان اغلب اضطرابات الدورة الطمثية مثل ندرة الطموث تعدد الطموث ، طموث منتصف الدورة وجزء من نزوف ما قبل الطمث وما بعد الطمث هي نزوف ناجمة عن الاضطراب الوظيفي اذا لم يثبت وجود سبب عضوي لها .

ان من أصعب اشكال نزوف الاضطراب الوظيفي النزوف التي تحدث عندما يقاوم جريب غراف الانفجار اذ ينتج عن ذلك استمرار افراز الاوستروجين مدة طويلة مما يؤدي الى ازدياد في تنمي الفشاء المخاطي لبطن الرحم ثم يأتي زمن لا يستطيع كمية الاوستروجين المفرزة ان تجعل

النشاء المخاطي لباطن الرحم يستمر في غوه أو يحافظ على بقائه عند الحد الذي غما اليه فيصاب عندئذ بالنزف الذي قد يستمر عدة اسابيع ونسمي هذا النزف النزف المستمر الناجم عن الاضطراب الوظيفي

Dysfunktionelle Dauerblutung

والنزف المستمر هذا والناجم عن عدم انفجار جريب غراف يشاهد كثيراً في بداية سن النشاط التناسلي عند الفتيات ويسمى النزف الشبابي Juvenile Blutung ويشاهد اكر في نهاية سن النشاط التناسلي ويسمى نزف سن اليأس Klimakterische Blutung كما تعود هذه النزوف جميعها الى النزوف اللادورية اذ لم تشاهد لها في اغلب الاحيان أية علاقة بالدورة الطمثية هذا وتسمى النزوف اللادورية المديدة الرحمية من الناحية السريرية نزوف الرحم المستمرة

Metrorrhagie = Gebaermutter Dauerblutungen

ويعتبر كل نزف زاد عن (٧) أيام نزفاً مستمراً لذلك يجب اعتبار كل نزف نزفاً ناجماً عن اضطراب وظيفي الا ان هذا لا يمنع الطبيب المحرب عن التفكير بإمكانية وجود اسباب عضوية قد تؤدي الى مثل هذه النزوف مثل الافات السرطانية ، التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم ، الاورام العضية تحت المخاطية ، المرحلات وغيرها . ويجب أن لا يفرب عن البال ان الصورة السريرية للنزوف العضوية والنزوف الوظيفية قد تكون متشابهة تماماً لذلك لا يمكن تفريقها سريراً فقط ولكن قد يساعدنا على هذا التفريق سن المريضة وقصتها المرضية وفحصها السريري الا أن ذلك كله لن يكون كافياً ، والقاعدة في وضع التشخيص الحقيقي تقوم فقط على اجراء تجريف الرحم الجزأ وفحص المادة المحرقة خلويًا .

الفحوص النسيجية او التبدلات التشريحية المرضية :

Hystologische Untersuchung

تمر التبدلات التشريحية المرضية التي تصيب الغشاء المخاطي لبطن الرحم في النزوف الناجمة عن عدم انفجار جريب غراف بثلاثة ادوار :

الدور الاول أو دور تنمي جريب غراف :

I - Phas = Follikelwachstum

حيث ينمو جريب غراف وينضج استعداداً لحدوث الاباضة الا ان جريب غراف لا ينفجر نتيجة لاضطراب وظيفي وبالتالي لن تحدث الاباضة مما يؤدي الى عدم تكون الجسم الاصفر وانعدام افراز البروجسترون غير أن الاوستروجين يستمر في التكون .

الدور الثاني او دور مقاومة جريب غراف للانفجار :

II - Phase = Follikelpersistenz

يستمر الجريب الذي لم ينفجر في بقائه Follikelpersistenz بحيث يظهر بشكل كيسة صلبة يتراوح قطرها من (١ - ٢ سم) والزمن الذي يستمر فيه جريب غراف يختلف من حالة الى اخرى والاغلب أن يدوم استمراره من (٥ - ٧) اسابيع وقد تقصر هذه المدة في حالات قليلة فيستمر بقاؤه من (١٠ - ١٤) يوماً وخلال فترة استمرار بقاء الجريب يستمر افراز الاوستروجين فلا يحدث الطمث اذ أن الغشاء المخاطي لبطن الرحم يتابع نموه مؤدياً الى تشكل حالة فرط التنمي او ما يسمى فرط التصنع الغدي الكيسي

Hyperproliferation = Glandulaere

Zystische Hyperplasie

وذلك حسب رأي ماير وشرودر R. Meyer , R. Schroeder

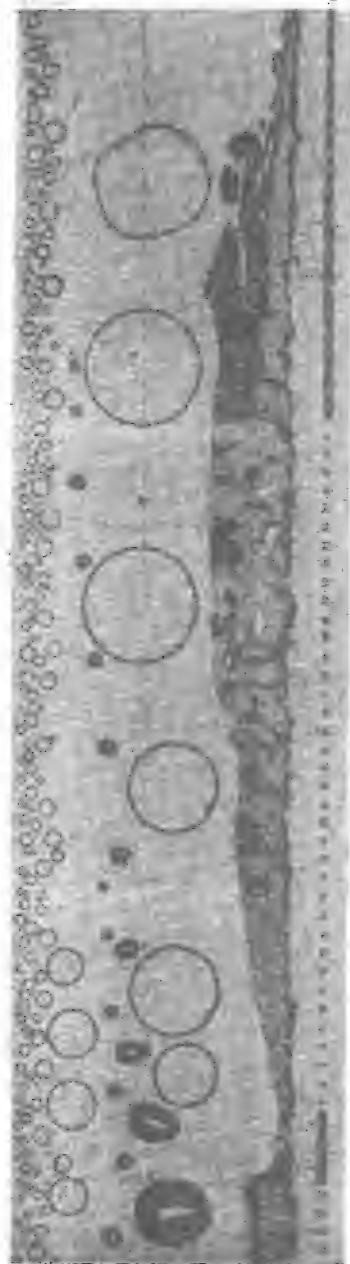
وقد تبلغ سماكة الغشاء المخاطي لبطن الرحم من (٥ - ٨ ملم) كما يمكن

ملاحظة الكيسات الصغيرة بالعين المجردة التي يبلغ حجمها حجم رأس الدبوس وفي الحالات التي يستمر فيها بقاء الجريب مدة طويلة نجد بالفحص المجري للنشاء المخاطي لبطن الرحم ان الغدد أصبحت كيسية متفخة واذا اجرينا مقطعاً لها نجدها بيضوية أو دائرية الشكل شبه نوكا E. novak منظرها بمنظر قطعة الجبن السويسري وتكون هذه الغدد غالباً كثيرة المدد شكلها متعرج وملفوف اما خلاياها فتشبه الخلايا الابتدالية عندما تكون في دور التمني كما أن الخط البياني لحرارة المدونة طيلة الفترة التي لم ينفجر فيها الجريب يدل على ان الدورة الطمثية هي من نوع الدورة الطمثية الوحيدة الزمن وسرى ان اهمية قياس حرارة البدن تظهر في تشخيص حالات النكس أما نتيجة فحص اللطاخة المهبلية فتعتبر وصفية تدل على زيادة تأثير الاوستروجين وتؤخذ اللطاخة عادة من الجدار الجانبي للمهبل وفحص اللطاخة هذا ضروري لانه يمكننا من معرفة كمية الاوستروجين المفرزة .

الدور الثالث : او دور تنكس جريب غراف .

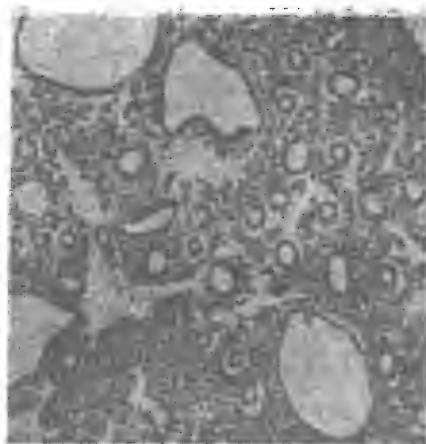
III - Phase = Follikeldegeneration

تختلف مدة مقاومة جريب غراف للانفجار من دورة طمثية الى اخرى وطيلة فترة بقاء الجريب يستمر افرازه للاوستروجين بنفس النسبة او باختلاف ضئيل وما يجب ملاحظته هو أنه كلما ازداد نمو النشاء المخاطي لبطن الرحم ازدادت حاجته لكميات اكبر من الاوستروجين لتتابع نموه او للحفاظ على ما هو عليه من النمو لكن نسبة افراز الاوستروجين كما رأينا تبقى كما هي او انها تتخلف قليلاً وفي كلتا الحالتين لا تعود نسبته في الدم كافية للحفاظ على بقاء النشاء المخاطي لبطن الرحم المصاب بفرط التصنع اي ان نقصاً نسبياً في كمية الاوستروجين سوف يحدث مما يؤدي الى اضطراب في استئداء النشاء المخاطي لبطن الرحم .

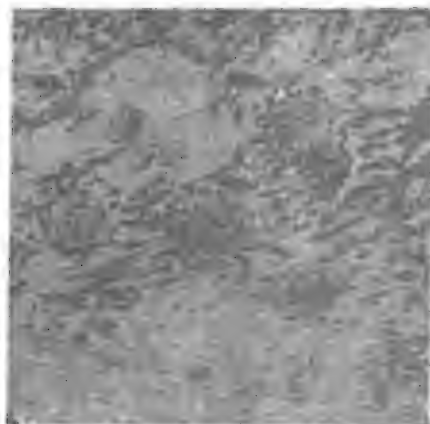


الشكل (٥٣) : النزف الوظيفي ويدي هذا الشكل تطور حالة فرط التصنع
الندي الكيسي (عن شرودر)

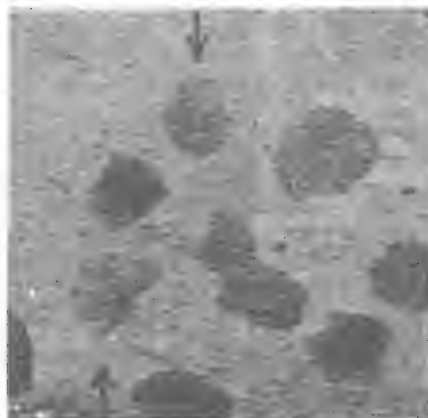
الشكل (٥٤) : المنظر النسيجي
للمادة الهجرية من النشاء المخاطي لبطن
الرحم في حالة فرط التصنع الغدي
الكبيبي



الشكل (٥٥) : المنظر النسيجي
للطاخة مهبلية في حالة فرط التصنع
الغدي الكبيبي .



الشكل (٥٦) : المنظر النسيجي
للطاخة مهبلية في حالة فرط التصنع
الغدي الكبيبي حيث تظهر التقرنات
الخلوية نتيجة لشدة تأثير الأستروجين



في حالة فرط التصنع الغدي الكيسي يحدث النزف من الغشاء المخاطي لبطن الرحم غير المتحول والمصاب بفرط التنمي نتيجة لنقص الاوستروجين النسبي فاذا كان هذا النزف شديداً سمي نزف التنخر Durchbruchblutung واذا كان خفيفاً سمي النزف النقطي أو المشحي Spotting أي بشكل نقط او لطخة او بقعة او مشحة .

ويحدث النزف في بداية الامر من الطبقة السطحية للغشاء المخاطي لبطن الرحم بدون ضياع كمية مهمة من الدم وفي استمرار تنكس الجريب تقل كمية الاوستروجين شيئاً فشيئاً مما يؤدي الى اضطراب اشد في استدماء الغشاء المخاطي لبطن الرحم وبالتالي الى تكون صمامات واحتشاءات فيه ومن ثم الى اصابته بالتنخر وهكذا يزداد النزف شيئاً فشيئاً ويستمر النزف باستمرار انقذاف الاجزاء المتنخرة من الغشاء المخاطي لبطن الرحم وهذا ما يسمى بالنزف المستمر او النزف الرحمي

Dauerblutung = Metrorrhagie

ويشهي النزف بانتهاء انقذاف الطبقة المفرزة من الغشاء المخاطي لبطن الرحم بحيث اذا اجرينا تحريفاً للرحم لن تتمكن من استخراج بقية من الغشاء المخاطي اما شدة النزف والمدة التي يستغرقها فيرجع ذلك الى السرعة التي تنحدر فيها نسبة الاوستروجين اذ قد لا تستغرق أكثر من عشرة أيام اذا كان انحدار الاوستروجين سريعاً اما اذا كان بطيئاً فقد يستغرق ذلك من (٢ - ٤) اسابيع . وبالنسبة للمعالجة فن الهم معرفة أن الطبقة القاعدية بد انقذاف الطبقة الوظيفية لن تقوم بوظيفتها في الترمم كما يجب .

متى تحدث النزوف المستمرة الناجمة عن الاضطراب الوظيفي ؟

تصاب المرأة بهذه النزوف في مرحلتين من مراحل حياتها:

المرحلة الاولى :

وتحدث فيها اغلبية هذه النزوف ما بين مرحلتين من النشاط التناسلي والشيخوخة اي في مرحلة سن اليأس لذلك تدعى بنزوف سن اليأس

Klimakterische Blutung

وتحدث اما في :

آ - فترة ما قبل انقطاع الطمث : Praemenopause
وتبلغ نسبتها من (٧٠ - ٨٠ ٪) من نزوف سن اليأس .

ب - فترة ما بعد انقطاع الطمث : Postmenopause
وتكون نسبتها اقل بكثير من النزوف السابقة .

تعتبر نزوف الاضطراب الوظيفي ما قبل سن اليأس وما بعده علامة لبداية نهاية وظيفة المبيض التناسلية .

التشخيص التفريقي في نزوف سن اليأس :

- آ - سرطان عنق الرحم وجسم الرحم
- ب - اورام الرحم العضلية .
- ج - المرجلات .
- د - الاسقاطات .
- هـ - الحمل خارج الرحم .

إذ يمكن لهذه الآفات جميعها ان تحدث نزفاً مستمراً يشبه مارايناه في
النزف المستمر الناجم عن فرط التصنع الندي .

المرحلة الثانية :

نادراً ما تشاهد النزوف المستمرة الناجمة عن الاضطراب الوظيفي عند
فتيات هن بين السنة (١٢ - ٢٠) من العمر كما ان لهذه النزوف ايضاً
ميلاً الى النكس وتعطينا قصة المريضة صورة عن هذه النزوف ، أما
الفحص النسائي فلا يقودنا الى نتيجة لكن الخط البياني لحرارة البدن يوضح
عدم تكون الجسم الاصفراي ان الدورة الطمثية هي من نوع الدورة الطمثية الوحيدة
الزمن Menophasisch

المعالجة :

تقوم المعالجة على طريقتين :

أ - طريقة التجريف الجزأ : لقد اتفق على أن معالجة النزوف
المستمرة بشكل عام يكون باجراء التجريف الجزأ ويستثنى من ذلك النزوف
الشبابية وتهدف هذه المعالجة الى غايتين :

الغاية الاولى :

للتأكد من التشخيص وذلك بالفحص النسجي للمادة المجرفة لنفي
الاسباب المضوية خاصة سرطان عنق الرحم وسرطان جسم الرحم. ويقصد
بالتجريف الجزأ تجريف مجرى عنق الرحم وتجريف جسم الرحم كل على
حدة وفحص المادة المجرفة لكل منها كما ذكرنا سابقاً .

الغاية الثانية :

للمعالجة اذ يعتبر التجريف بمثابة معالجة لهذه النزوف حيث يتوقف النزف مباشرة بعد اجرائه . وفي الوقت الحاضر ينصح بعض الاخصائيين في حالات معينة من نزوف ما قبل سن اليأس بتطبيق المعالجة الهرمونية مباشرة دون اجراء تجريف الرحم ويملكون ذلك بأن (٧٠ - ٨٠ ٪) من نزوف ما قبل سن اليأس ناجمة عن اضطراب وظيفي اي عن اضطراب هرموني شريطة ان تنفي الاسباب العضوية . لا تطبق هذه المعالجة الهرمونية في نزوف ما بعد سن اليأس أي النزوف التي تحدث بعد مرور سنة كاملة على آخر طمث شاهدها المرأة وهي في سن النشاط التناسلي . اما اذا لم يتوقف نزف ما قبل سن اليأس بعد (٢ - ٣) يوماً من تطبيق المعالجة الهرمونية فيجب الاعتقاد بأن هذه النزوف ناجمة عن اسباب عضوية وعندئذ ياجأ الى اجراء التجريف الجزأ كما ذكرنا . يشترط في تطبيق المعالجة الهرمونية لنزوف سن اليأس :

١ - ان يدل سن المرأة وقصتها السريرية على أنها فعلاً في مرحلة ما قبل سن اليأس .

٢ - ان يكون الطبيب المعالج ذا خبرة كافية وان يكون على معرفة تامة بالمریضة وانها منذ فترة طويلة تحت مراقبته وان فحوصاً دورية بالنظار الكبير Kolposkope قد اجريت لها طيلة فترة المراقبة .

٣ - ان يكون النزف قد حدث للمرة الاولى عند هذه المرأة وأنه لم يحدث بعد فترة انقطاع تزيد عن (١٤) يوماً (أي ان الطمث الذي سبقه قد مرت عليه مدة لا تزيد عن ٦ أسابيع)

ب - المعالجة بالطريقة الهرمونية : ان المعالجة الهرمونية للنزوف المستمرة

في حالات فرط التصنع الغدي الكيسي والتي كانت تتميز لسنين خلت مشكلة كبرى أصبحت اليوم سهلة وناجحة ويمود الفضل في ذلك الى تجارب كاوفمان سنة (١٩٥٣-١٩٥٥) Kaufmann واوبر سنة (١٩٥٢-١٩٥٥-١٩٥٧) Ober واللاستروجين التركيبية عن طريق الفم حيث ينقطع النزف بسرعة وينقذف الغشاء المخاطي لباطن الرحم .

اما اذا لم يتوقف النزف بعد (٤٨) ساعة من استعمال الدواء فيجب الاعتقاد عندئذ بوجود أسباب عضوية له ويتوجب اجراء التجريف الجزأ مباشرة .

يختلف تطبيق هذه المعالجة الهرمونية باختلاف مدة النزف وذلك كما يلي .

١ - المعالجة الهرمونية للنزوف القصيرة الامد (اي التي لايزيد استمرارها عن (٣) اسابيع وتقوم هذه المعالجة على اعطاء ايتينيل اوسترادول + ايتينيل آسيتات نورستة منتهرون) = (بريوستون) او اعطاء مهنوفا Menova ثلاث جبات يومياً ولمدة عشرة أيام وان اعطاء مركب الجستاجين واللاستروجين معاً يؤدي الى توقف النزف خلال ٢٤ - ٣٦ ساعة ويظن ان آلية التأثير تعود الى تأثير هذين الهرمونين على الاوعية الشعرية هذا وان تطبيق المعالجة المذكورة مدة عشرة أيام تؤدي الى تحويل الغشاء المخاطي لباطن الرحم من دور التنمي الى دور الافراز ، وفي اليوم الثاني او الثالث من بعد التوقف عن تطبيق هذه المعالجة سوف تنحدر نسبة الهرمونين في الدم وبالتالي فان الطبقة الوظيفية للغشاء المخاطي لباطن الرحم سوف تنقذف بشكل يشبه ما يحدث في الطمث الطبيعي وهذا ما يسمى بالنزف اللاحق Nachblutung او بالتجريف الهرموني .

Hormonale Kürettage

هناك ثلاثة امور على المريضة ان تضعها نصب عينها .

آ - يجب أن يتوقف النزف خلال اربع وعشرين ساعة من بداية تناول الدواء اما اذا لم يتوقف فيجب ان تخبر طبيبها مباشرة

ب - اذا توقف النزف فان ذلك لا يعني انقطاعها عن تناول الدواء بل يجب أن تستمر في تناوله عشرة أيام كاملة (على أن تأخذ ثلاث حبات يومياً)

ج - على المريضة ان تعرف انها ستصاب بنزف بعد (٢ - ٣) أيام من توقفها عن تناول الدواء وان هذا النزف ليس تكراراً لنزفها المرضي الذي تعالج من اجله بل هو الطمث المنتظر ويجب أن تعلم الطبيب عند حدوثه أما المعالجة الهرمونية التي كانت تطبق سابقاً بشكل زرقات

Depot - Kombinationpraeparaten

بدلاً من الحبوب حالياً فقد اُهملت لانها تؤدي غالباً الى نزف شديد ومديد لكي يتم انقذاف الغشاء المخاطي لباطن الرحم وفي حالة حدوث نزف لاحق شديد تعطى المرأة زرقاة واحدة او زرقتين من بروجينون عيار ٥ ملغ 5 mg Progynon Boleas في المضل بفاصلة ٣ ايام بين الزرقتين او تعطى حبوب بروجينون س Progynon C حبتان يومياً مدة (٢ - ٣) أيام

٢ - المعالجة الهرمونية للنزوف الطويلة الامد :

اي التي يزيد استمرارها عن (٣) اسابيع

للنزوف الطويلة الامد معالجة خاصة فنزوف ما قبل سن اليأس التي تستمر اكثر من (٢ - ٣) اسابيع يحذر من تطبيق المعالجة الهرمونية لها

مباشرة بسل يجب اجراء التجريف اولاً اما المعالجة الهرمونية فتطبق فقط في النزوف الشبائية . ونتيجة للخبرات المكتسبة فقد ثبت أنه في النزوف الطويلة الامد ينقذف قسم كبير من الطبقة الوظيفية للغشاء المخاطي لباطن الرحم لذلك ينصح باعطاء الاوستروجين اولاً لكي تبدأ الخلايا الابتلائية بالتكون مما يؤدي الي توقف النزف ثم يعطي بعد ذلك البروجسترون فيتحول الغشاء المخاطي لباطن الرحم من دور التنمي الى دور الافراز وللتطبيق العملي تعطى المريضة :

في اليوم الاول من بداية المعالجة زرقعة عضلية بروجينون ١٠ ملغ وفي اليوم الثالث من المعالجة زرقعة عضلية بروجينون مديد ١٠ ملغ progynon Depot 10 MG وفي اليوم الثامن من المعالجة زرقعة عضلية بروجينون مديد ١٠ ملغ مع زرقعة عضلية برولوتون مديد ٢٥٠ ملغ Proluton Depot 250 MG وفي اليوم الخامس عشر من المعالجة زرقعة عضلية برولوتون مديد ٢٥٠ ملغ . هذا ويجب اعلام المريضة انها ستصاب بنزف، يشبه الطمث في اليوم الثامن بعد الزرقعة العضلية الاخيرة . فشل المعالجة الهرمونية :

ان فشل المعالجة الهرمونية امر نادر اما اذا حدث هذا الفشل فيجب التفكير عندئذ بوجود أسباب عضوية ادت الى هذا النزف على رأسها الآفات السرطانية لذا يتوجب اجراء التجريف الجزأ مباشرة وفحص المادة المخرقة خلويًا اما اذا حدث هذا الفشل في معالجة النزوف الشبائية فيجب التفكير بوجود آفات اخرى تعود الى الطب الداخلي .

تعود نزوف القتيات في بعض الحالات الوصفية الى اصابتهم بحالات الاستعداد للنزوف مثل نقص تخثر الدم
Thrombosthenie أو نقص الصفيحات الدموية
Thrombopenie

لذلك عند فشل المعالجة الهرمونية للنزوف الشبابة يجب اجراء الفحوص الدموية للمريضة لمعرفة زمن النزف - زمن التخثر وعدد الصفائح الدموية وغير ذلك .

الوقاية من نكس النزوف :

حسب بعض الاحصائيات تنكس النزوف الناجمة عن فرط التصنع الغدي الكيسي بنسبة (٧٥٪) من الحالات والسؤال المطروح في مثل هذه النزوف هو هل يرجع هذا النزف الجديد الى حالة جديدة من فرط التصنع الغدي الكيسي بسبب عدم انفجار جريب غراف ؟

والجواب على هذا السؤال سهل وبسيط وذلك بأن يطلب من المريضة قياس حرارة البدن يومياً فاذا لوحظ على الخط البياني للحرارة ان الدورة الطمثية تكون من زمنين اي من دورين وان الطمث منتظم فليس هنالك خطر من نكس النزف اما اذا لوحظ ان الحرارة لم ترتفع رغم مرور ٢١ يوماً على بدء الدورة الطمثية فان النزف الذي سيحصل هو نتيجة لحالة جديدة من تكون فرط التصنع الغدي الكيسي في الغشاء المخاطي لباطن الرحم .

دورة طمثية ذات زمن واحد == خطر حدوث
نزف ناكس .

لهذا يمكن اتباع طريقة سهلة لمنع حدوث فرط تصنع غدي كيسي جديد وذلك باعطاء البروجسترون مثل جتين يومياً لمدة اربعة ايام من جوب بريمولوت ن
Primolut N

اعتباراً من اليوم (٢٣ - ٢٦) للدورة الطمثية حيث يتقذف الغشاء المخاطي لباطن الرحم بعد التوقف عن اعطاء الجبوب المذكورة بيومين او ثلاثة ايام

مع نزف يشبه ما يحدث في الطمث الطبيعي كذلك يمكن استئصال جوب
جستافورتين Gestafortin او جوب اورغاسترون Orgasteron
وذلك باعطاء جبتين يومياً لمدة ثلاثة ايام اعتباراً من اليوم (٢٣) للدورة
الطمثية . هذا وان افضلية اعطاء هرمون الجستاجين وحده تتمثل بعدم تشكل
غشاء مخاطي جديد لباطن الرحم اي بعدم تكون دورة طمثية اصطناعية
اما اذا لم يحدث النزف بمسء هذه المعالجة فيعتقد ان المرأة هي في فترة ما
بعد الطمث . Postmenopause

الزوف في حالة استمرار عدم انفجار جريب غراف مدة قصيرة : اي
الدورات الطمثية اللاإباضية

Blutung bei Kurzdauernder Follikelpersistenz=
Anovulatorische Zyklen

لقد تحدثنا عن حالات عدم انفجار جريب غراف مدة طويلة
وعما تؤدي اليه من حالات فرط التصنع الغدي الكيسي وما ينتج عن ذلك
من النزوف التي اسميناها النزوف المستمرة Dauerblutung ونريد
التحدث الان عن حالات عدم انفجار جريب غراف لمدة قصيرة لاتزيد عن
عدة ايام . ففي هذه الحالات وعندما ينضج جريب غراف يتوقف عن
الانفجار مدة (١٠ — ١٤) يوماً ويتكرر ذلك في كافة الدورات الطمثية
اللاحقة ثم يتنكس الجريب دون ان تنطلق البضة فتتجدر عندئذ نسبة
الاستروجين مما يؤدي الى ظهور نزف يشبه الطمث ويمكن لهذه الدورات
الطمثية ان تكون قصيرة ، بحيث لا تختلف في مدتها عن دورة طمثية
طبيعية

فالدورات الطمثية اللاإباضية هي دورات تشبه الدورات
الطمثية الطبيعية من حيث مدتها (٢٨) يوماً وتكررها لكنها
عديمة الاباضة وبالتالي عديمة الجسم الاصفر .

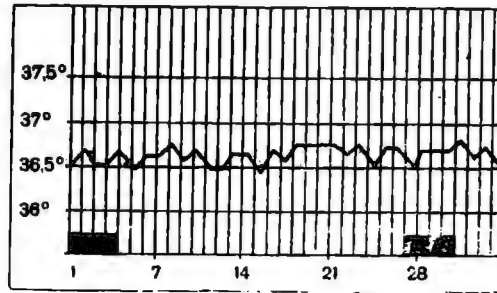
وان ما يثبت عدم تكون الجسم الاصفر هو ما يلي :
 آ - بالفحص الخلوي التكرّر نجد ان الغشاء المخاطي لبطن الرحم هو دائماً في الزمن الاول من الدورة الطمثية اي في دور التئمي

Proliferationsphase

أما ما شاهدناه من حالات فرط التصنع الفدي الكيسي في حالات عدم انفجار جريب غراف مدة طويلة فالتنا لم نشاهده هنا اذ أن المدة القصيرة التي يستمر فيها بقاء جريب غراف دون أن ينفجر ليست كافية لحدوث فرط التصنع المذكور وذلك نتيجة لقصر المدة التي يستمر فيها تأثير الاوستروجين على الغشاء المخاطي لبطن الرحم .

ب - بقياس حرارة البدن وفحص الخط البياني له فاننا لن نجد ارتفاع الحرارة الذي يحدث عادة في الدورة الطمثية الطبيعية بل يبقى هذا الخط في مستوى واحد اي انه ذو زمن واحد Monophasisch بينما نراه في الدورة الطمثية الطبيعية ذات زمنين نتيجة لحدوث الاباضة وتكون الجسم الاصفر .

دورات طمثية لاإباضية = دورات طمثية ذات زمن واحد



الشكل (٥٨) :

دورة طمثية لاإباضية = دورة طمثية ذات زمن واحد

يمكن حدوث دورات طمثية اباضية ذات زمن واحد عند النساء الصحيحات مرة واحدة أو مرتين في السنة لكنها حالات نادرة وتشاهد عادة الدورات الطمثية اللااباضية كثيراً في بداية ونهاية سن النشاط التناسلي كما تشاهد كثيراً عند النساء العقيبات وقد بلغت نسبتها في بعض الاحصائيات ٠,٤٩٪ وان أسباب هذه النزوف المتكررة بشكل يشبه الطمث دون انقذاف البضة لم تتوضح بعد ويقال بأن أسباب الدورات الطمثية اللااباضية بشكل عام تعود الى اضطراب عصبي هرموني. هذا وكما يمكن للدورات الطمثية اللااباضية أن تتكرر بشكل منتظم مرة في كل اربعة اسابيع يمكنها أيضاً ان تتكرر في فترات اقصر من ذلك كل (١٨-٢٠-٢٤) يوماً أي بشكل حالة تعدد الطموث Polymenorrhoe. فالطموث اثنان في الدورات الطمثية اللااباضية هي نزوف ناتجة عن هبوط نسبة الاوستروجين أي أنها ليست طموثاً حقيقية اذ لا تحدث الاباضة فيها ولا يتكون الجسم الاصفر وبالتالي ليس هناك وجود للبروجسترون فالنزوف في الدورة الطمثية اللااباضية تنجم عن الغشاء المخاطي لباطن الرحم وهو في دور التنمي وليس في دور الافراز كما يحدث الطمث عادة في الدورة الطمثية الطبيعية. عادة لا تترك المرأة المصابة بالدورات الطمثية اللااباضية حالتها لان تكرار النزوف المشابهة للطمث عندها ومدتها وشدها لا تختلف عما هو عليه في دورة طمثية طبيعية.

تشخيص الدورة الطمثية اللااباضية :

لا يمكن اثبات الدورة الطمثية اللااباضية الا باتباع طرق معينة ثبتت بواسطتها عدم تكون الجسم الاصفر وهذه الطرق هي :

- ١ - قياس حرارة البدن الاساسية باستمرار عدة اشهر متتالية وتعتبر هذه الطريقة من اسهل الطرق للتبعية .

٢ - فحص لطاخات مهبلية بشكل متكرر .

٣ - معابر البره غناندبول Pregnanadiol في البول في فترة ما قبل الطمث وتبلغ كميته عادة في البول المجمع مدة ٢٤ ساعة ١-٢ ملغ .

٤ - اخذ خزعة من الغشاء المخاطي لبطن الرحم وتعتبر هذه الطريقة الطريقة المثلى وذلك بأخذ خزعة من الغشاء المخاطي لبطن الرحم في بداية الطمث وقبل حدوثه بفترة قصيرة وفحصها خلويًا حيث تظهر الخلايا في الدورة الطمثية اللااباضية انها لا تزال في الزمن الاول اي في دور التمني .

معالجة الدورة الطمثية اللااباضية :

ليست كل دورة طمثية لااباضية بحاجة الى المعالجة لكن معالجتها ضرورية في حالتين :

آ - اذا كانت سبباً في العقم مع وجود رغبة عند الزوجين في الانجاب .

ب - اذا كانت الدورات الطمثية قصيرة جداً بحيث يمكنها أن تؤدي الى ضياع كميات كبيرة من الدم قد تسبب فقر الدم عند المرأة او اذا كان الطمث يستمر مدة طويلة . فبالنسبة للحالة الاولى لا يمكننا اعتبار الدورة الطمثية اللااباضية سبباً في العقم مالم تتأكد من أن (٦-٨) دورات طمثية متتالية لم تحدث فيها الاباضة وتقوم المعالجة عندئذ على احداث البيض باعطاء هرموني المبيض فاذا فشلت تطبق المعالجة باعطاء الكلوميفين Clomiphen واذا فشلت هذه ايضاً يلجأ الى المعالجة بالفونادوتروبين وسنرى هذه المعالجات بشكل مفصل .

اما بالنسبة للحالة الثانية فيلجأ الى المعالجة باعطاء الجستاجين بشكل دوري مدة ٦ شهور متتالية مثل برغمولوت فور ، جستا فورتين ، اورغاسته رون Primolut Nor - Gestafortin - Orgasteron باعطاء جتين يومياً اعتباراً من اليوم (١٨ - ٢٦) للدورة الطمثية وسنلخص في الجدول التالي الحالات التي يمكن ان تؤدي الى النزوف الرحمية .

التزوف الرحمية

آ - الاسباب الهرمونية :

ان توقف الافراز الهرموني يؤدي الى التزف الرحمي من الغشاء المخاطي لباطن الرحم فقط ويتجلى ذلك في :

١ - التزف الوظيفي - التزف الطبيعي نتيجة للتأثير الهرموني == الطمث الطبيعي .

٢ - التزوف الناجمة عن الاضطرابات الوظيفية = الاضطرابات التزفية نتيجة لاضطراب التأثير الهرموني وتضم هذه الفئة اضطرابات الدورة الطمثية اي نفرة الطموث ، تعدد الطموث ، التزف ما قبل الطمث ، التزف في منتصف الدورة الطمثية ، اغلب التزوف اللاحقة Nachblutung وكذلك التزوف الناجمة عن عدم انفجار جريب غراف التي تحدث بشكل التزوف المستمرة او بشكل التزوف الدورية (في الدورة الطمثية الالاباضية)

ب - الاسباب العضوية :

وتقع هذه الاسباب في جسم الرحم او في العنق مثل التزوف السرطانية او التزوف الناجمة عن الاورام العضلية الرحمية او المرجلات ويضاف اليها بعض حالات الطمث الشديد وحالات الطمث الخفيف التي تعود الى اسباب عضوية وكذلك بعض حالات التزوف الاضافية العضوية المنشأ .

ج - التزوف الناجمة عن فرط انحلال الفيبرين :

Hyperfibrinolysse

وهي التزوف الناجمة عن اضطرابات تخثر الدم .

✽ الشكل الخامس ✽

انعدام الطمث

Amenorrhoe

يجب التمييز بين انعدام الطمث الغريزي وانعدام الطمث المرضي ويعتبر انعدام الطمث المرضي من اصعب حالات الاضطرابات الطمثية عموماً ويمكن ان يكون انعدام الطمث عرضاً لاسباب مختلفة كثيرة .

انعدام الطمث الغريزي :

يكون انعدام الطمث غريزياً في الحالات التالية :

آ - قبل البلوغ .

ب - خلال فترة الحمل

ج - خلال فترة الارضاع

د - بعد سن اليأس

انعدام الطمث المرضي :

يكون انعدام الطمث مرضياً في كل ما خرج عن الحالات الغريزية المذكورة ويمكن تقسيمه الى أنواع مختلفة حسب زمن ظهوره ، حسب ارتكاس الغشاء المخاطي لباطن الرحم بعد اعطاء البروجسترون او مركب

الأوستروجين والجستاجين معاً أو حسب مكان الآفة التي كانت مسبباً في انعدام الطمث .

آ - حسب زمن ظهوره : ويقسم الى نوعين :

النوع الاول : انعدام الطمث البدئي

Primaere Amenorrhoe

حيث لا يظهر الطمث رغم بلوغ الفتاة من الثامنة عشر (وهي السن القصوى للبلوغ) وفي ثلث هذه الحالات ثبت بأن السبب يعود الى اصابة في الكروموزومات (الصبغيات) كما في نقص التنشؤ في الغدد التناسلية . Gonadendysgenesie

النوع الثاني : انعدام الطمث الثانوي :

Sekundaere Amenorrhoe هو انقطاع الطمث لمدة تزيد عن اربعة شهور لدى امرأة غير حامل كانت طموثها منتظمة لفترة ما . ويعود انعدام الطمث الثانوي غالباً الى اسباب وظيفية كما يمكن ان يعود في بعض الحالات الى اسباب عضوية .

ب - حسب ارتكاس الفشاء المخاطي لبطن الرحم بمد اعطاء البروجسترون او مركب الاوستروجين والجستاجين . ويقسم ايضاً الى نوعين :

النوع الاول : انعدام الطمث من الدرجة الاولى :

Amenorrhoe I. Grades

ويكون فيه الفشاء المخاطي لبطن الرحم لا يزال تحت تأثير الاوستروجين اذ يؤدي اعطاء البروجسترون الى حدوث النزف من الفشاء المخاطي لبطن الرحم (اختبار البروجسترون) وبذلك تكون الوظيفة النباتية للبيض Vegetative

(بناء الهرمونات) موجودة كلياً او جزئياً .

أما الوظيفة التناسلية Generative (انفجار الجريب وأطلاق البويضة) فتكون معدومة ويسمى هذا النوع أيضاً انعدام الطمث من الدرجة السهلة كما يسمى قصور البيض التناسلي .

النوع الثاني : انعدام الطمث من الدرجة الثانية

Amenorrhoe II. Grades

وفيه لا يؤدي اعطاء البروجسترون وحده الى حدوث النزف من الفشاء المخاطي لباطن الرحم (اختبار البروجسترون سلبى) اما اذا اعطينا الاوستروجين والبروجسترون معاً وادى ذلك الى حدوث النزف فالحالة هذه تدل على اضطراب وظيفتي البيض النباتية والتناسلية معاً وانعدام الطمث يكون عندئذ من الدرجة الصعبة (R . schroder) وان الفشاء المخاطي لباطن الرحم سليم وقابل للارتكاس بالهرمونات . وسواء كان اختبار البروجسترون ايجابياً او كان اختبار الاوستروجين ايجابياً ايضاً فان ذلك ينفي كون الرحم سبباً في حالة انعدام الطمث هذه (وهذا مهم في التشخيص) .

ج - حسب كمية الغونادوترويين ويقسم الى ثلاثة أنواع :

النوع الاول :

انعدام الطمث مع انخفاض كمية الغونادوترويين .

النوع الثاني :

انعدام الطمث مع وجود كمية طيبة من الغونادوترويين .
وفي هذين النوعين تكون حاثات البيض النخامية التي تنطلق من الفص الامامي للنخامة قليلة لاتكفي فالاصابة ليست في المبيضين والحالة هي قصور البيض الثانوي .

النوع الثالث :

انعدام الطمث مع ارتفاع كمية النونادوترويين .
في هذا النوع ينعدم ارتكاس البويضات بالنونادوترويين وتكون الاصابة عندئذ في البويضات والحالة هي قصور البويضات البدئي مثل (نقص غو البويضات ، سن اليأس المبكر ، اضطراب غو الغدد التناسلية) .

ويقوم حالياً تشخيص حالة انعدام الطمث من الدرجة الصعبة حسب تصنيفه اذا كان من النوع المترافق بارتفاع كمية النونادوترويين او بانخفاضها او بكونها طبيعية . والواقع أنه من الصعب وضع (شيئا) او نموذجاً للحالات انعدام الطمث يمكنه ابراز كافة هذه التقسيمات والانواع في آن واحد لذلك يفضل في دراسة حالات انعدام الطمث المرضي تقسيمها حسب ما يلي :

د - حسب مكان حدوث الاصابة :

من المعروف ان دم الطمث يعتبر العلامة الظاهرة والمرئية للدورة الطمثية التي يقوم على تنظيمها الدماغ المتوسط والفص الامامي للنخامة والبويضات والرحم والفشاء المخاطي لبطن الرحم والمجرى الذي يمر منه دم الطمث الى الخارج وان أي اضطراب وظيفي او تشريحي في واحد من هذه الاعضاء جميعاً سوف يؤدي الى اضطراب في الدورة الطمثية أو الى انعدام الطمث لذلك يمكن القول ان هناك اضطرابات عضوية واضطرابات وظيفية تشكل القسم الاكبر من مجموعها .

لذا تقسم حسب اصابة احد الاعضاء المذكورة الى ثلاثة أنواع :

النوع الاول :

انعدام الطمث المركزي

Zentral bedingte Amenorrhoe

وتعود اسبابه الى نقص في الحاثات البيضاء القادمة من جهاز الفص الامامي للنخامة - الدماغ المتوسط ناجم عن آفة عضوية أو وظيفية .

النوع الثاني :

انعدام الطمث المحيطي : Periphere Amenorrhoe
وتعود اسباب هذا النوع اما الى البيض او الى الاعضاء التناسلية (الرحم - المهب - غشاء البكارة) .

النوع الثالث :

انعدام الطمث غير النظامي :

Dysregulatorische Amenorrhoe

ويقع الاضطراب في هذا النوع في الدارة الوظيفية الكائنة بين بعض الغدد الصم الاخرى مثل الدارة الكائنة بين الفص الامامي للنخامة والكظر ويكون ذلك اما بنقص او زيادة في تكون الهرمونات او المواد ما قبل الهرمونات (اي السواد التي تنتج الهرمونات عن تطورها) . وأحسن مثال على ذلك التنافر الكظري التناسلي : A G S = Adrenogenital Syndrom
وهذا ما سوف نراه مفصلاً .

والتقسيم الاخير هذا لانعدام الطمث الى مركزي ومحيطي وغسيري نظامي سوف يتيح لنا اعطاء صورة واضحة عن حالات انعدام الطمث الناجمة عن هذه الاسباب الثلاثة وسوف نشرح بايضاح كل نوع على حدة مبتدئين بانعدام الطمث المحيطي باعتباره أبسط حالات انعدام الطمث بحيث يتوجب على كل طبيب يقوم على معالجة حالة من حالات انعدام الطمث أن يبدأ بالتحري عنه لنفيه أو اثباته .

انعدام الطمث المحيطي Periphere Amenorrhoe

٢ - الاسباب المبلية :

١ - انسداد غشاء البكارة : Atresia Hymenalis وتعتبر هذه الحالة من أبسط حالات الانسداد التي تصيب الاعضاء التناسلية وتود الى عدم انفتاح حدة مولر Müller'sche Hügel وبقائها مسدودة فاذا حدث الطمث الاول عند الفتاة انحبس الدم ولم يستطع الخروج الى ظاهر الاعضاء التناسلية وهذا ما يسمى بانعدام الطمث الكاذب :

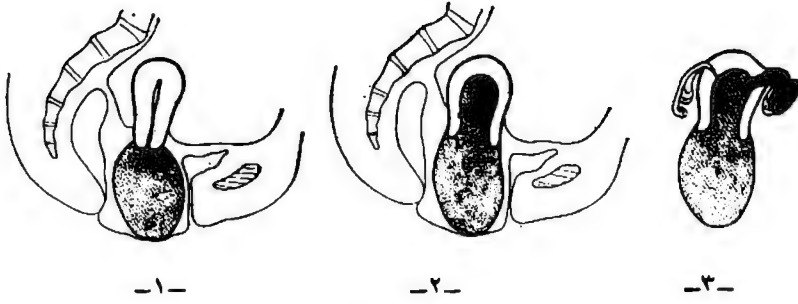
Amenorrhoea Supra

ثم تتالي الطموث شهوراً أخرى ويتجمع الدم في المهبل مؤدياً الى تشكل ورم مهلي يحبس بشكل افضل عن طريق الشرج ويسمى عندئذ ورم المهبل الدموي Haematokolpos فاذا لم تعالج الفتاة فان استمرار انحباس دم الطمث سوف يملأ الرحم مؤدياً الى ما يسمى بورم الرحم الدموي Haematometra واذا ماتتاج انحباس دم الطمث سوف يمتليء أحد البوقين او كلاهما ويحدث عندئذ ما يسمى بورم البوق الدموي

Haematosalpinx

واصابة البوق هذه على درجة كبيرة من الالهية اذ أن انحباس الدم فيه سيؤدي الى حدوث تبدلات في غشائه المخاطي وبالتالي الى حدوث التصاقات في لمته وان هذه التبدلات التي طرأت لن تراجع بحيث يعود الغشاء

المخاطي للبوق الى حالته الطبيعية التي كان عليها رغم افراغه من الدم وهذا ما يؤدي الى العقم .



الشكل (٦٠)

١ - ورم المهبل الدموي : Haematokolpos

٢ - ورم المهبل والرحم الدموي :

Haematokolpos und Haematometra

٣ - ورم المهبل والرحم والبوق الدموي :

Haematokolpos , Haematometra und
Haematosalpinx

الاعراض السريرية :

تشكو المريضة من تقلصات مؤلمة في أسفل البطن تشبه الطلق وتشتد هذه الآلام من شهر الى آخر وعند فحص المريضة نساءياً يلاحظ ان غشاء البكارة مسدود تماماً مع تمدده نحو الخارج وقد اخذ لونه يميل الى الزرقة كما يشعر باللس الشرجي بكتلة ورمية لينة قد يصل حجمها الى حجم رأس الوليد .

المعالجة :

تقوم المعالجة على اجراء خزع في غشاء البكارة يوسع بالاصبع

ويعمل على افراغ الدم التجمع في المهبل بنفس الاصبع الموسمة وفي حال وجود ورم الرحم الدموي وورم البوق الدموي ينصح بعدم التعرض لهما ويمنع بشكل خاص اجراء أي ضغط او عصر للرحم والبوق بل يكتفي بتنظيف المهبل بالاصبع كما ذكرنا ثم يكمل تنظيفه بقطعة من الشاش محمولة بملقط كوشر أو ما شابهه هذا وان الدم القطراني التجمع في الرحم والبوقين سوف ينقذ تدريجياً .

لقد كان ينصح في الماضي عند وجود ورم البوق الدموي في جهة واحدة او في جهتين باجراء فتح البطن واستئصال البوق المصاب او البوقين معاً خشية حدوث التهاب البريتوان الا أنه ليس من السهل اجراء هذا الاستئصال عند فتاة في الثانية عشرة او الثالثة عشرة من العمر لما يترتب على ذلك من نتائج بعد زواجها . لهذا وحسب الخبرات الحديثة تطبق المعالجة المحافظة باعطاء مقادير عالية من مضادات الحيوية بعد افراغ المهبل كما ذكرنا وبدء شفاء المريضة يمكن عندئذ اجراء العملية الجراحية بهدف جعل البوقين سالكين وبذلك يبقى احتمال الحمل موجوداً .

٢ - انسداد المهبل : Atresie der Scheide

وهي حلة نادرة تحدث عقب جرح او معالجة بالرايوم في الطفولة وتقوم معالجة هذه الحالة على توسيع المهبل واعطاء الاوستروجين .

ملاحظة :

يمكن أن يحدث انسداد المهبل نتيجة لاسباب النهائية خاصة بعد الولادة قد يؤدي الى انقطاع الطمث وبالتالي الى ورم الرحم وورم البوق . لقد شاهدنا بعض هذه الحالات في الشبة النسائية في المستشفى الوطني بدير الزور

٣ - غياب المهبل : Aplasie

وهو غياب المهبل الكامل نتيجة لتوقف في نمو اقنية موالر
Müllersche Gaenge وتقوم المعالجة في بعض هذه الحالات على
عمل مهبل اصطناعي وحسب رأي شميد H.H. Schmid يصنع المهبل من
السين الحرقفي Sigma وقد يصنع أيضاً من النسيج الكائن بين صماخ
البول والمستقيم وذلك حسب رأي فيكنشروزم Fikentscher, Semm
ب - الاسباب الرحمية :

١ - عنق الرحم : انسداد مجرى عنق الرحم

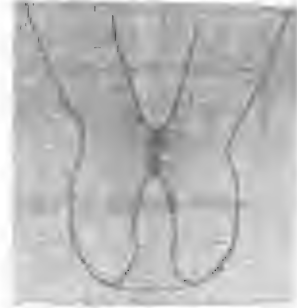
Atresie der Zervix

قد يحدث هذا الانسداد بعد تحريف الرحم او بعد الولادة مباشرة
(اثناء النفاس) نتيجة لالتهاب او لندبة تصيب العنق والانسداد عادة

اهما حالتان الاولى راجعت فيها المرأة بعد الولادة بمدة أيام
وكان الجدار الامامي للمهبل ملتصقا على الجدار الخلفي كما لو كانت هناك مادة
لاصقة بينهما مما اضطرنا الى استعمال بعض الشدة في فك الالتصاق ثم عولجت
وشفيت تماماً .

أما الثانية فقد راجعت فيها المرأة بعد الولادة بمدة شهور وكان
المهبل مفلقاً لايسمح بادخال اكثر من سلامة واحدة وقد جرت معالجتها في
احدي المدن قبل مراجعتها لشعبتنا بفترة قصيرة بتوسيع المهبل بشمعات
هينار الا أن المعالجة لم تؤد الى النتيجة المرجوة والواقع ان المعالجة في مثل
هذه الحالة جراحية بحتة . علماً بأن الورم الرحمي لم يتكون عندها لانها
ترضع وهي عادة لانشاهد الطمث طيلة فترة الارضاع .

يتوضع عند الفوهة الداخلية لمنق الرحم وتصاب المريضة بتقلصات مؤلمة في أسفل البطن في الاوقات المواقفة لحذوث الطمث كما يمكن ان تصاب بالتهاب خفيف في البريتوان الحوضي .



الشكل (٦١)

انسداد التهابي للفوهة الباطنة لمنق الرحم

٢ - جسم الرحم : جوف الرحم Cavum uteri

الانسداد والالتصاق Atresie und Synechie

ويحدث هذا الانسداد والالتصاق بين جداري الرحم جزئياً أو كلياً أي باصابة الغشاء المخاطي لبطن الرحم جزئياً أو كلياً ومن الاسباب المؤدية الى هذه الحالة هي :

اولاً - : سل الجهاز التناسلي :

ويعتبر من أهم الاسباب المؤدية الى هذه الحالة وتأتي الآفات الالتهابية الاخرى بالدرجة الثانية .

ثانياً - تجريف الرحم العنيف :

يؤدي التجريف العنيف للغشاء المخاطي لبطن الرحم وبخاصة بمد استئصال الحفرة الحادة الى ازالة الخلايا القاعدية فتحدث الالتصاقات بين جداري الرحم في الامكنة التي ازيلت فيها هذه الخلايا اذ أنها لم تعد قادرة على

الترمم من جديد ومن أخطر هذه الحالات تلك الحالات التي يجري فيها
التجريف العنيف والمرأة في حالة النفاس مما يؤدي الى حدوث تناثر فريتش -
آشرمان (التصاق جداري المهبل)

Fritsch-Aschermann Syndrom

في حالة النفاس يمنع منعاً باتاً تجريف الرحم بالمجرفة الحادة
ويجب استعمال المجرفة الكليّة فقط .

ثالثاً - كي الفشاء المخاطي لباطن الرحم وضموره :

يمكن حدوث التصاق جداري الرحم نتيجة لاستعمال بعض الادوية
الكاوية للفشاء المخاطي لباطن الرحم والتي تؤدي بالضرورة الى ضموره كما يمكن
لهذه الحالة ان تحدث ايضاً بعد تطبيق المعالجة بالرايوم ويعتبر انعدام الطمث هذا
ناجماً عن اسباب رحمية ويمكن اثبات ذلك باعطاء (٢٠) ملغ من الاوستروجين
المديد (مثلاً بروجينون مديد) Progynon Depot ثم نتظر اربعة
اسابيع فلا يحدث أي نزف (أى أن اختبار الاوستروجين سلبى) وسنرى ذلك

المعالجة :

يسبر الرحم ويوسع العنق بموسمات هيفار ثم يجري تجريف خفيف
يهدف التشخيص فاذا عثر على بقايا من الفشاء المخاطي لباطن الرحم تطبق
المعالجة عندئذ حسب طريقة كاوفمان Kaufmann وسنرى ذلك
ويكتفي انطوان Antoine بتوسيع عنق الرحم ووضع مضغوطات من
الاوستروجين في جوف الرحم بعمار (٢٥ ملغ) مما يؤدي الى حث ما تبقى
من الفشاء المخاطي لباطن الرحم على القيام بالترميم اما اذا لم تنجح

هذه الطرق فيمكن المعالجة عندئذ بزرع الغشاء المخاطي

Endometrium implantation

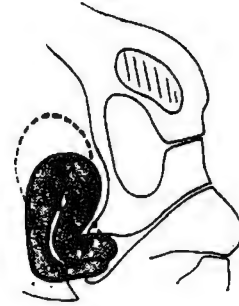
٣ - نقص تنسؤ الرحم Hypoplasia uteri

ويعتبر نقص تنسؤ الرحم علامة واضحة من علامات قصور المبيض الثانوي حيث تكون كافة الاعضاء التناسلية طبيعية من حيث وجودها لكنها غير نامية اي ناقصة التنسؤ ويتميز الرحم الناقص التنسؤ بصفات خاصة هي :

كونه رحم صغير (قد يكون طفلياً) قاس ، منعطف للامام بشدة بحيث تتشكل زاوية حادة بين جسمه وعنقه كما تتوضع هذه الارحام احياناً في الجهة اليسرى من الحوض ومن مميزاته ايضاً تقعر العجان ، ضيق فوهة المهبل، تسطح قعر المهبل .

الشكل (٦٢) : نقص تنسؤ الرحم

Hypoplasia uteri



ونلخص هذه العلامات بالجدول التالي :

علامات نقص تنسؤ الرحم من الظاهر الى الباطن :

تقعر العجان

ضيق فوهة المهبل

تسطح قعر المهبل

صغر حجم الرحم وشدة انمطافه الامامي

ولنمو الاعضاء التناسلية بشكل عام علاقة بكمية الاوستروجين المفرزة من الخلايا القشرية للمبيض ويمكن أن يعود سبب نقص تنشؤ هذه الاعضاء او الرحم فقط الى سببين لايزالان تحت المناقشة :

السبب الاول :

نقص الاوستروجين .

السبب الثاني :

نقص ارتكاس الفشاء المخاطي لبطن الرحم بهرمون الاوستروجين . ويصادف، عادة نقص تنشؤ الاعضاء التناسلية عند النساء المصابات بنقص في النمو بشكل عام كما يمكن ان يصادف في حالات نادرة عند نساء كاملات النمو ويصادف ايضاً في حالات انعدام الطمث الناجمة عن نقص تنشؤ المبيضين وفي حالات انعدام الطمث غير النظامي .

المعالجة :

تقوم معالجة نقص تنشؤ الرحم على معالجة السبب كما تؤخذ المعالجة العامة بعين الاعتبار ايضاً وقد يلجأ الى تطبيق المعالجة المؤدية لاحداث الحمل الكاذب التي ثبت تأثيرها في تنمية الرحم وسرى ذلك .

٤ - غياب الرحم :

Aplasia oder Agnesie des Uterus

ويعتبر غياب الرحم نتيجة لتوقف في نمو اقنية مولر Müller وقد يشاهد في تنظير البطن Laparoskopie نسيجاً في موضع الرحم يتوضع في ثنية من ثنايا البريتوان . ويصادف غياب الرحم في حالات نقص تنشؤ

البيضين كما يصادف أيضاً في حالات الخنثى المذكورة الخارجية الكاذبة :
Pseudoher maphroditismus masculinus externus
المرافقة بمظهر انثوي كامل وقد يصادف غياب الرحم مع غياب المهبل وهذا ما
يدعى تناذر روكيتانسكي - كوستنر

Rokitansky - Küstner . Syndrom

ومعالجة هذه الحالات كافة بقصد الحمل هي معالجة فاشلة

٥ - الدورة الطمثية الخرساء : Stummer Zyklus

تعتبر الدورة الطمثية الخرساء حالة من حالات انعدام الطمث الرحمي
المنشأ اذ يمر الغشاء المخاطي لبطن الرحم بدوري التنمي والافراز كما يحدث في
الدورة الطمثية الطبيعية لكن الطمث لا يحدث علماً بأن الدورة البيضية هي
دورة طبيعية حيث يتكون جريب غراف وينضج وينفجر وتنطلق البضة
ثم يتحول الى الجسم الاصفر وقد ابلغ كهزمر O.Kaesser سنة ١٩٥٨
عن امرأة مصابة بالدورة الطمثية الخرساء حملت مرات متتالية وكانت
ولادتها فيها طبيعية وأن هذه المرأة لم تر طمثاً في حياتها وأثبت هوسلاين
Huslein سنة ١٩٥٣ انه لاحداث التزف من الغشاء المخاطي لبطن الرحم
بالاضافة الى الشروط المعروفة توجد شروط عصبية دعاها العامل الدموي

Blutungsfaktor

ج - الاسباب الغدية انتاسلية = (البيضية) .

Gonadal = Ovariell bedingte Amenorrhoe

يُعتبر عديم نمو البيضين او توقفهما عن النمو والتطور من الاسباب
الرئيسية في انعدام الطمث البدئي . وتقدير نمو البيضين لا يعود الى حجمهما
بل الى ما يحتويانه من نسبة في النسيج البارانشيمي Keimparenchym
لقد كانت هذه الانواع من حالات انعدام الطمث تصنف تحت اسم حالات انعدام

الطمث الناجمة عن أسباب مبيضية لكن فليب Philipp أطلق عليها اسم حالات انعدام الطمث الناجمة عن أسباب غدية تناسلية وهي :

١ - اضطراب غو الغدد التناسلية

٢ - نقص تنشؤ المبيضين البدئي = اضطراب غو المبيضين

٣ - الخنوثة الكاذبة المذكرة مع التأثت الكامل

٤ - اورام والتهابات المبيضين

٥ - تناذر شتاين - له فتال

١ - اضطراب غو الغدد التناسلية : Gonadendysgenesisie

أ - إصابة الغدد التناسلية ويقصد بذلك عدم غوها بحيث ينعدم وجودها نهائياً .

ب - الغدد التناسلية الابتدائية : ويقصد بذلك وجود اجزاء صغيرة أو مجرد أثر لبقاياها دون أن تحتوى هذه الاجزاء او هذا الاثر على شيء من النسيج البارانشيمي .

ج - نقص غو الغدد التناسلية ويقصد بذلك نقص نسبي في النسيج البارانشيمي .

يتعلق اضطراب الغدد التناسلية باضطراب الكروموزومات
الولادي المنشأ .

ويعتبر تناذر تورنر احسن مثال لاضطراب غو الغدد التناسلية .

تناذر تورنر Turner - Syndrom

((ويعرف بقصر القامة والثنيات الرقية))

Kleinwuchs mit Faltenhals

يطلق على هذا التناذر اسماء مختلفة مثل : تناذر تورنر ، تناذر اولريش — تورنر ، تناذر تورنر — آلبرايت ، تناذر بونوفي — اولريش ، القزامة البيضاء نقص غو المبيضين .

Turner - Syndrom, Ulrich-Turner-Syndrom

Turner - Albright - Syndrom

Status Bounevie - Ulrich

Ovarieller Zwergwuchs , Agnesie oder , Aplasie der Ovarien

ولهذا التناذر اعراض وصفية هي :

١ -- انعدام الطمث البدئي وأحياناً يكون هناك اضطراب طمئي فقط وتكون المريضة مصابة بالقزامة كما يمكن أن تكون أحياناً ذات مظهر طبيعي غير مصابة بهذه القزامة .

٢ — الثنيات الرقية : وهي ثنية جلدية في الجانبين تمتد من حذاء اسفل الاذنين حتى الكتفين .

٣ — المظهر الشخي للوجه ويمسود ذلك الى الثنيتين الرقيتين حيث يأخذ الوجه غالباً مظهر وجه أبي الهول Sphinxhalter

٤ — الصدر المجني : حيث يشبه شكل الصدر بتحدبه الجن أو ظهر السلحفات

٥ - انعدام او نقص العلامات الجنسية الثانوية حيث يلاحظ مثلاً انعدام او نقص في اشعار العانة والابطين .

٦ - الاعراض الاخرى : بالاضافة الى الاعراض السابقة قد نجد أحياناً اعراضاً اخرى مثل :

نقص نمو الرحم والمهبل ، الزند الافحج (اي أن الساعد يشكل مع المضد زاوية منفرجة نحو الوحشي) ، تشكل بعض البقع الجلدية الشديدة الصباغ ، ازدياد هبوط حدود الشعر على الرقبة ، تملخل العظام الترقى الناتج عن النقص الهرموني والذي يؤدي الى حدوث الكسور العفوية كما يلاحظ بالصور الشعاعية تأخر التحام مشاشات العظام .

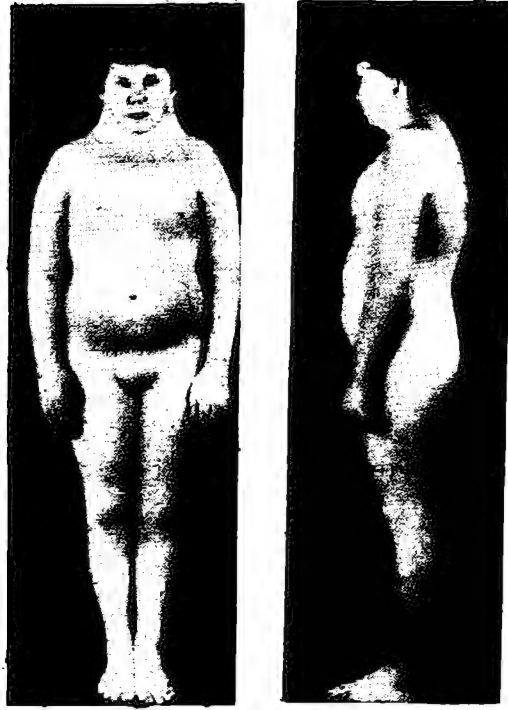
٧ - الاعراض الهرمونية :

آ - الاوستروجين : نقص شديد في نسبة الاوستروجين مما يؤدي الى انعدام التبدلات في الخلايا الانثوية للمهبل التي تحدث عادة نتيجة لتأثير الاوستروجين .

ب - الغونادوتروپين : تزداد نسبة الغونادوتروپين في اغلب الحالات وينتج ذلك عن نقص الاوستروجين الذي يلجم افراز الغونادوتروپين وهذا مهم في التشخيص التفريقي بين القزامة في تناذر تورنر والقزامة الناتجة عن أسباب نخامية والتي لانجد فيها أثراً للغونادوتروپين في البول .

ج - البره غناندبول Pregnanadiol ويوجد بكميات قليلة يكونها الكظر .

د - ١٧ كيتوستيروئيد 17 Ketosteroide ويوجد في حدوده الدنيا من كميته الطبيعية .



الشكل (٦٣) والشكل (٦٤)

تناذر تورنر لفتاة في السادسة عشرة من العمر تبدو عندها القزامة
والثنيات الرقية والصدر المحني وتباعد الثديين عن بعضها البعض
(عن فيليب).

التشخيص التفريقي :

في التشخيص التفريقي بين اضطراب نمو الغدد التناسلية وبين نقص نمو
المبيضين (وتتميز هذه الحالة الأخيرة بوجود النسيج البارانشيمي) يلجأ الى
معايرة كمية الفونادوتروبين كما يلجأ الى فحص الكروموزومات (العرى
الكروماتينية) Chromosome فاذا وجدت من النوع المذكور أي (XY)

أو (XO) تكون الحالة اضطراب غو الغدد التناسلية أما اذا وجدت من النوع المؤنث اي (XX) فنضطر عندئذ لتشخيص الحالة الى اجراء الفحص النسيجي نلزعة تؤخذ من الغدة التناسلية. ويلح فليب عند وجود احدى الحالتين المذكورتين على اجراء فتح البطن الاستقصائي وليست الغاية من فتح البطن هذا تشخيص الحالة بل خشية من حدوث أورام على حساب هذه الانسجة الغدية المذكورة وقد ثبت حدوث هذه الاورام في حوادث متعددة .

معالجة اضطراب غو الغدد التناسلية :

إن المعالجة الهرمونية باعطاء الهرمونات المبيضية لاحداث الطمث ليست ضرورية وينصح هاوزر Hauser باعطاء فاليريانات الاوستراديول Oestradiolvalerianat مثل البروجينون المديد (١٠ ملغ)

Progynon Depot 10 mg

كل شهر أو شهرين حيث يؤدي ذلك الى نتائج حسنة فينمو الثديان وتنمو أشعار العانة والابطين كما تقل حالات تخلخل العظام والمظهر الشيعي للوجه كما تنمو الاعضاء التناسلية الباطنة والظاهرة وبذلك تتحسن امكانية الاتصال الجنسي كما تزداد الرغبة الجنسية وكذلك يتحرض غو الهيكل العظمي بوجه عام .

٢ - نقص تنشؤ المبيضين البدئي = اضطراب غو المبيضين :

دون وجود اي عرض من أعراض تناذر تورنر

Primaere Hypoplasie des ovars =
Hypogenesie des ovars

وتختلف هذه الحالات اختلافاً كلياً عن الحالات السابقة اي عن

اضطراب نمو الغدد التناسلية Gonadendysgenesis في نقص تنشؤ المبيضين البدئي لا يوجد أي تشوه في الكروموزومات وتناسب درجة نقص تنشؤ المبيضين طردياً مع كمية النسيج البارانشيمي الذي تتكون منه جريبات غراف لهذا فإن دور المبيضين في تكوين هذه الأجربة سوف ينتهي باكراً أو متأخراً عند استهلاك النسيج البارانشيمي لذلك لن تستطيع النبهات المركزية الآتية من الدماغ المتوسط والفص الامامي للنخامة حث المبيضين على القيام بدورها المذكور وتختلف الحالات المرضية باختلاف نسبة الإصابة في النسيج البارانشيمي حيث يشاهد انعدام الطمث البدئي أو انعدام الطمث الثانوي (انقطاع الطمث) أو مرحلة اضطرابات سن اليأس المبكر

Klimakterium Praecox

مرحلة اضطرابات سن اليأس المبكر :

يقصد بمرحلة اضطرابات سن اليأس بشكل عام الزمن الذي تضطرب فيه الدورة الطمثية أي الوظيفة الولادية للمبيضين ثم تتوقف نهائياً وتظهر بأعراض وصفية مثل الهبات الحرارية ، الترقق ، سرعة الانفعال ، النوم القلق ، وغير ذلك . وترجع هذه الأعراض إلى التناقص الغريزي للهرمونات المبيضية . تظهر مرحلة سن اليأس عادة ما بين السنة ٤٨ — ٥٢ من العمر وقد اتفق أخيراً على سن الثالثة والأربعين كحد فاصل فإذا ظهرت الأعراض الوصفية التي ذكرت سابقاً قبل هذه السن أطلق عندئذ على هذه الحالة اسم مرحلة اضطرابات سن اليأس المبكر التي تعني أيضاً استهلاك المبيضين المبكر .

يفهم تحت اسم مرحلة اضطرابات سن اليأس المبكر الاستهلاك المبكر للاحتياطي من الجريبات الابتدائية في المبيضين .

أن الاضطرابات الوظيفية التي تظهر في مرحلة اضطرابات سن اليأس المبكر لا تختلف عنها في مرحلة اضطرابات سن اليأس الطبيعي والفارق بينهما هو ظهور الحالة الأولى عند نساء شابات أو عند نساء لم يعلنن بصد السن المحددة لظهور هـ. هذه الاعراض اضافة الى اصابة هؤلاء النسوة جميعاً بنقص غو المبيضين. هذا وبما أن انعدام الطمث الذي يرافق اضطرابات سن اليأس الطبيعي من النوع المترافق بارتفاع نسبة الوندوترويين فإن المعالجة يجب أن تكون عرضية فقط وتنظم هذه المعالجة في اضطرابات سن اليأس المبكر حسب شدة الاعراض المراقبة كما يجب الانتباه بشكل خاص الى الاعراض الدالة على ضمور العظام ومعالجتها. تعالج كل امرأة مصابة بانعدام الطمث المترافق بارتفاع نسبة الوندوترويين وبمعنى آخر تعالج كل امرأة مصابة بالانعدام الوظيفي لنسيج المبيضين الابتالي سواء كان ذلك نتيجة لنقص غو المبيضين او لعملية جراحية او لتطبيق الاشعة باعطاء الهرمونات المبيضية باستمرار . كما أن من الاعراض النادرة عند هؤلاء النسوة اصابتهم بتخاقل العظام .

٣- الخنثة الكاذبة المذكورة مع التأث الكامل :

Pseudohermaphroditismus masculinus mit totaler Verweiblichung

للأفراد المصابين بهذه الحالة مظهر خارجي انثوي اما الكروموزومات والعدد التناسلية فهي ذكورية وتكون الرحم والاشعار الجنسية معدومة لذلك يطلق على هذه الحالة ايضاً اسم التأث الخصوي

Testikulaere Feminisierung

اما العلامات الانثوية الثانوية ما عدا الاشعار الجنسية فهي موجودة والصوت عند هؤلاء الافراد نسوي وكذلك الناحية النفسية والشعور الجنسي لا يختلفان عنها في أية امرأة طبيعية ومن الملاحظ انهم غالباً ما يظهرون كفتيات جميلات.

أما العلامات الجوهرية للخنوثة عندم فهي انعدام المبيضين ووجود خصيتين تتوضعان غالباً في القناتين المبنيتين تبدو ان كفتق منبني مزدوج او تتوضعان داخل البطن ، مع انعدام الرحم والبوقين ايضاً اما المهبل فقد يكون موجوداً أو معدوماً وانعدام أشعار العانة وأشعار الابطين يعتبر من العلامات الوصفية لذلك يطلق الاميركيون على هذه الحالة اسم النساء فاقدرات الاشعار
Hairless Women

أما بالفحص المخبري فنجد :

آ - نقصاً في افراز الاوستروجين .

ب - ارتفاعاً في افراز النونادوتروبين .

ج - لكن افراز ١٧ كه توستهروئيد يكون طبيعياً .

والواقع ان هذه الحالة من الخنوثة ذات الشكل المختلط الجنسين نادرة ووراثية Intersexform وأن السبب في زيارة هؤلاء الافراد (النسوة) للطبيب هو الشكوي من حالة انعدام الطمث البدئي ويعتقد ان اسباب اضطراب نمو الاعضاء التناسلية هذا يعود الى ضعف في قابلية ارتكاس الاعضاء التناسلية والاجربة الشعرية الجنسية من الهرمون المنشط للذكورة Androgene أما الفحص الخلوي فيؤكد على أن نمط النواة Karyotyp يدل على أن هؤلاء الافراد جميعاً هم ذكوراذ ان (الصبغيات الجنسية) الكروموزومات الجنسية ذكرية أي (XY) .

المعالجة

ينصح اكثر الباحثين باستئصال الخصيتين المهاجرتين خوفاً من تسرطنها ولكن يجب ان تجري العملية بعد سن العشرين لتمكن الخصيتان من القيام

بوظيفتها المهمة في تكوين الخصائص الانثوية الثانوية كما أن تسرطن الخصيتين قبل هذه السن نادر الحدوث .

٤ - اورام والتهابات المبيضين :

Tumoren und Entzündungen der ovarien

نادراً ما تكون اورام والتهابات المبيضين سبباً في انعدام الطمث اذ طالب ان النسيج المفرز المبيضي موجود فان الاورام المبيضية لن تؤدي الى احداث اي اضطراب طمثي .

اما في الاورام المذكورة Arrhenoblastome فان انعدام الطمث يحدث في ٩٥٪ من الحالات علماً بأن هذه الاورام نادرة الوقوع كما أن ٢٠٪ منها تسرطن وقد مر معنا تشخيص الاورام ومعالجتها .

٥ - تنافر شتاين - ليفنتال : Stein - Leventhal syndrom :

عرف هذا التنافر عام ١٩٣٥ وبنى التشخيص على الثلاث العرضي لشتاين ليفنتال وهو :

أ - ضخامة المبيض التعدد الكيسات في جانب واحد او جانين .

ب - انعدام الطمث او تباعد الطموث (وهي طموث لا اباضية) او نزوف وظيفية .

ج - العقم .

ويشخص هذا التنافر غالباً بمد فتح البطن الاستقصائي واجراء الفحص النسيجي على خزعة مبيضية ويظهر المبيضان أو المبيض الواحد

بلون أبيض مائل الى الرمادي بحجم قد يبلغ (٣-٤) أضعاف حجمه الطبيعي تنوضع على سطحه كيسات متعددة اما الطبقة القشرية البيضاء Tunica albuginea فتزداد سماكتها كما أن طبقة المبيض الباطنية السدوية تصاب بفرط التصنع .

اما بالنسبة لانعدام الطمث فالأغلب أن يكون ثانوياً ونادراً ما يكون بدئياً وقد تظهر اعراض الاضطرابات الطمثية في مختلف اشكالها عوضاً عن انعدام الطمث المذكور .

بالاضافة الى ما ذكر يلاحظ غالباً نقص في نمو الجهاز التناسلي وزيادة في توضع الشحوم (السمنة) واضطراب في الحياة الجنسية وعدم توازن بين الاوستروجين والاندروجين Oestrogen, Androgen يؤدي الى ظهور علامات الاسترجال والشعرانية

Virilisation = Vermaennlichung , Hirustismus فتبدو الخصائص الجنسية الثانوية الذكرية وتوضع الاشعار كوضعها عند الذكر حيث تظهر على الذقن وعلى الاثداء ولا تكون حدود شعر العانة على البطن بشكلها الاقوي كما هو عند المرأة بل تنمو متجهة نحو السرة وقد تظهر في حالات نادرة بعض علامات الخنوثة .

إن فتح البطن الاستقصائي ليس الطريقة الوحيدة لمعرفة حجم المبيضين ومنظر قشرتهما إذ يمكن التوصل الى هذه النتائج بتنظير البطن Laparoskopie أو بأخذ صور شعاعية للحوض بعد إدخال الغاز في البطن مع بعض المواد الظليلة على الاشعة .

الاسباب المرضية في تناذر شتاين ليفنتال :
ان السبب المرض والمؤدي لهذا التناذر لم يعرف بعد ولكن

ما يناقش حالياً لمعرفة هذا السبب هي الاضطرابات الهرمونية التي تشاهد عند المرضى وهي :

أ - زياده كمية الهورمون الملوتن «LH» الذي يفرزه الفص الامامي للنخامة .

ب - الاضطرابات التخمرية في البيضين .

ج - ازدياد تكون هرمونات مولدات الذكورة الكظرية

Androgene

في بعض الحالات مما يؤدي غالباً الى وجود ١٧ كهتوستيروئيد

17 Ketosteroide

في حدوده العليا من كميته الطبيعية وقد ثبت بعد التجارب التي أمكن فيها جعل ١٧ كهتوستيروئيد الكظري في أقل حد ممكن انه في تناثر شتان له فتال تكون كمية ١٧ كهتوستيروئيد البيضي عالية نسبياً .

المعالجة :

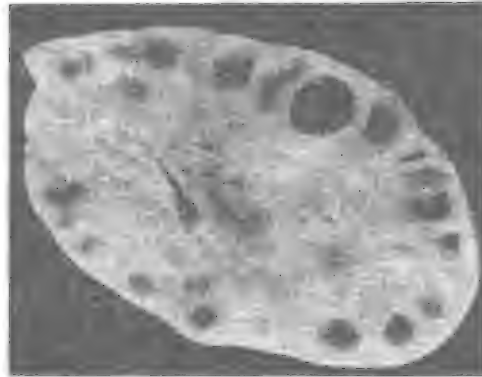
يؤدي الاستئصال القسمي للبيضين الى نتائج حسنة جداً اذ تذكر بعض الاحصائيات عودة الطمث في ٩٠٪ من الحالات وحدث الحمل في ٦٠٪ منها اما اذا لم يلجأ الى الجراحة فيمكن تطبيق المعالجة الدوائية باعطاء البرهدينزون Prednisone باستمرار .



الشكل (٦٥) : تنادر شتايْن له فتال

Stein - Leventhal Syndrom

ويظهر البويضات في الجانبين متضخمين رماديا اللون (عن كايزهر - داوم)



الشكل (٦٦) : تنادر شتايْن له فتال

مقطع عرضي لبويض متضخم رمادي اللون تظهر الكيسات المتعددة

الواقعة على سطحه (مبيض متعدد الكيسات)

(عن كايزهر - داوم)

انعدام الطمث المركزي *

Zentral bedingte Amenorrhoe

في هذه الحالات من انعدام الطمث يمكن للآفات العضوية التي تصيب الدماغ المتوسط والغدة النخامية ان تكون السبب في انعدام الطمث الناجم عن اسباب مركزية كما يمكن للاضطرابات الوظيفية الناتجة عن اضطراب الدارة الموجودة بين الدماغ المتوسط والنخامة ان تؤدي الى نفس النتيجة .
آ - الآفات العضوية :

وتشمل هذه الآفات بالدرجة الاولى تنخر الفص الامامي للغدة النخامية وأورامه مثل أورام الخلايا ذات الجبيات الولوعة بالاساس

Basophiles Adenome

وأورام الخلايا الولوعة بالحامض Eosinophiles Adenome

وأورام الخلايا النافرة من الصباغ Chromophobe Adenome

والورم البلعومي القحفي Kraniopharyngeom

مما يؤدي الى اضطراب في افراز الغونادوتروبين وبالتالي الى قصور المبيضين هذا ويسمى تنخر الفص الامامي للنخامة الذي يحدث عقب الولادة داء شيهان

او تناذر شيهان Morbus sheehan=Sheehan Syndrom

داء شيهان او تناذر شيهان

Morbus sheehan=sheehan Syndrom

يعتبر تناذر شيهان من الامراض النادرة ولا يمكن تشخيصه الا بالفحص النسجي لانه كما ذكرنا عبارة عن تنخر في الفص الامامي للنخامة بعقب ولادة نازفة . وقد تشاهد بعض الحالات التي تبدي أعراض هذا التناذر ولكن يصعب معرفة الاسباب المؤدية اليها وهل هي اسباب عضوية أم اسباب وظيفية . تعتبر عادة مثل هذه الحالات بشكل عام ناتجة عن اسباب وظيفية لذلك يطلق

عليها اسم قصور الفص الامامي للنخامة التالي للولادة

Postpartaler Hypophysenvorderladppen - Insuffizienz

ويرجع أن الاسباب المؤدية الى هذا القصور ناجمة عن اصابة الدماغ المتوسط . وتختلف اعراض قصور الفص الامامي للنخامة هذا باختلاف شدة الاصابة اذ تزول في بعض الحالات كافة وظائف الفص الامامي للنخامة بينما تزول في حالات اخرى بعض هذه الوظائف اما الحالات التي ليس لها علاقة بالولادة فتسمى قصور الفص الامامي للنخامة فقط دون ذكر كلمة التالي للولادة .

والشروط الاولى التي يجب توفرها لحدوث تناذر شيهان هي :

آ - الولادات العسرة التي لاتم فيها الولادة الا بـمداخلة جراحية .

ب - الولادات العسرة التي لاتم الا بصعوبة والتي تصاب فيها الأم بحالة الصدمة .

ج - الولادات العسرة المترافقة بنزوف شديدة .

د - الولادات العسرة التي تحدث فيها هذه الشروط مجتمعة . (مداخلة جراحية مع صدمة مع نزف شديد) .

حيث تؤدي هذه الحالات منفردة او مجتمعة الى اضطراب الدورة الدموية لدى المرأة اثناء الولادة وبالتالي الى نقص التروية يتبعه التخر وهما يحدثان في الفص الامامي للنخامة (وليس في الفص المتوسط او الفص الخلفي) لذلك من الواجب الاعتقاد بصحة الرأي القائل بأن الفص الامامي للنخامة في نهاية الحمل او اثناء الولادة شديد التأثير في حالة حدوث أي اضطراب في الدورة الدموية عند المرأة الحامل .

وتؤدي اصابة الفص الامامي للنخامة الشديدة الى انهدام او نقص الهرمونات التي يطرحها عادة وبالتالي الى اصابة الاعضاء والاجهزة التي ترتكس بهذه الهرمونات .



الشكل (٦٧) : داء شهان. النخامة عند فتاة في الثامنة والعشرين من عمرها ويرى النسيج البارانشيمي الضيق المتبقي وقد تداخلت فيه النسيج الندوية الواسمة

- ١ - اللون الأبيض هو الفص الخلفي للنخامة
- ٢ - القسم المنقط هو النسيج الطبيعي للفص الامامي
- ٣ - القسم المخطط هو المنطقة المتندبة

انعدام أو نقص في :	المضو المصاب بسبب هذا الانعدام أو النقص
FSH و LH الهرمون الحاث للجريبات والهرمون الملون .	المضو المصاب المبيضان
LTH الهرمون اللوته ثني اي البرولاكتين	(المبيضان) نسيج غدي الثديين
ACTH الهرمون الحاث الكظري	الكظر
TSH الهرمون الحاث الدرقي	الدرق
MSH الهرمون الحاث لاختلايا القتامينية .	الكظر

من هذا كله يمكن ان نتعرف على الاعراض الناتجة عن تناذر شيهان :

التأثيرات	انعدام او نقص في الهرمونات
انقطاع الطمث الطويل الامد او نقص شديد في كمية دم الطمث Hypomenorrhoe مع انعدام الرغبة الجنسية واحتمال اصابة الاعضاء التناسلية بالضمور.	LH و FS H (البيض)
انعدام الدرة أو نقص كمية الحليب	LTH (غدتا الثديين)
انعدام قوة البدن الشعور بالتعب الشديد ، الميل الى النوم	ACTH (الكظر)
ظهور ملامح الوذمة المخاطية او منظر وجه البدر ، الميل للعزلة ، عدم الاهتمام بما يجري ، ضعف الذاكرة ، سقوط الاشعار الجنسية (شعر العانة وشعر الابطين) سقوط شعر الحاجبين ، الشعور بالبرد .	TSH (الدرق)
نقص فيتامين أي نقص اصطباغ الجلد ونقص قدرة الجلد على الاصطباغ في حال تعرضه للشمس .	MSH (الكظر)

اما حالة الدنف التي كان يعتقد انها من اعراض هذا التناذر فقد نفى شيهان حدوثها وأثبت أن الوزن يمكن ان يبقى طبيعياً كما هو او يزداد او ينقص هذا وان وجود كافة الاعراض المدرسية لتناذر شيهان مجتمعة في حالة واحدة امر نادر جداً والمرض الذي يبدو في اغلب الحالات هو انقطاع الطمث نتيجة لانعدام أو نقص حاثات الفص الامامي للنخامة التي تؤثر على المبيضين لقيام بدورها الافرازي . اذن فانعدام الطمث هو ثانوي ناجم عن قصور المبيضين لذلك عند معايرة كمية النونادوترويين في البول لا يمكن ان نجدها مرتفعة عن كميتها الطبيعية بل بالعكس تكون في أغلب الاحيان اما ناقصة او معدومة لهذا يمكن ان يصاب الرحم بتنكس شديد بعد الولادة وهذا ما يسمى بتنكس الرحم التالي للولادة

Hyperinvolutio uteri post partum

معالجة تناذر شيهان :

لا توجد معالجة سببية والمعالجة عرضية فقط تقوم على تعويض الهرمونات الناقصة او المدومة كاعطاء الهرمونات الحاث الدريقي او الهرمونات الحاث الكظري وبما أن المبيضين سالان وانعدام الطمث هو ثانوي لذلك تقوم معالجته على اعطاء النونادوترويين لاحداث دورة طمثية اصطناعية وبالتالي احداث الاباضة ومن ثم التوصل الى امكانية حدوث الحمل .

واذا لم تؤد هذه المعالجة الى اعادة الطمث لحالته الطبيعية يمكن عندئذ اعطاء الهرمونات المبيضية مباشرة .

والواقع ان أفضل طريقة لجعل القسم المتبقي من الفص الامامي للنخامة يقوم بدوره الفريزي هي التوصل الى احداث الحمل الذي سوف يحسن كافة اعراض هذا التناذر .

اورام الفص الامامي للنخامة :

يمكن لاورام الفص الامامي للنخامة ان تؤدي الى انعدام جزئي او تام للهرمونات التي يفرزها هذا الفص ومن هذه الاورام التي تعتبر نادرة الورم البلعومي القحفي Kraniopharyngeome واورام الخلايا النافرة من الصباغ Chromophobe Adenome

• واورام الخلايا الولوعة بالاساس (داء كوشينغ)

« Morbus Cushing » Basophiles Adenome

Eosinophiles Adenome واورام الخلايا الولوعة بالحامض

أي ضخامة النهايات Akromegalie

أما انعدام الطمث المرافق للقزامة النخامية فيعود الى اسباب مركزية عضوية وتترافق هذه القزامة ايضاً باضطراب في الوظائف الاخرى للغدة النخامية مما يؤثر على الدرق والكظر والغدد التناسلية فتتأثر وتضطرب وظائفها ايضاً ويعزى السبب الى الاورام النخامية . أما في النمط العائلي فيرجح وجود نقص في تنشؤ الغدة النخامية وفي النمط الذاتي او التلقائي Idiopathy فيرجح وجود رض دماغي اثناء الولادة او تشوه في ما تحت السرير البصري حذاء الغدة النخامية ويتوقف نمو الغدد التناسلية والخصائص الجنسية الثانوية اثناء الطفولة وقبل سن البلوغ وهذا ما يفسر لنا حالة انعدام الطمث المذكورة .

المعالجة :

تقوم المعالجة في الآفات المركزية العضوية على المشاركة بين الاطباء المختصين في الامراض الداخلية والمصيبة والعينية .

اورام والتهابات ماتحت السرير البصري

إن أورام والتهابات ماتحت السرير البصري التي تستولي على المركز الجنسي Sexualzentrum الموجود في الحدة الرمادية

Tuber cinereum

هي حالات نادرة وتعود أسباب انقطاع الطمث الناجمة عن إصابة ماتحت السرير البصري في الاغلب الى اسباب نفسية وغريزية لذلك تعتبر حالات انقطاع الطمث هذه من النوع الوظيفي وليس من النوع العضوي .

ب - الآفات الوظيفية او انعدام الطمث الوظيفي :

Funktionelle Amenorrhoe

من المعروف، منذ عشرات السنين أن انعدام الطمث (البدئي) والثانوي = (انقطاع الطمث) قد يكونان نتيجة لعوامل نفسية وجسدية أغلبها :

١ - تأثير المحيط :

سوء الشروط الحياتية ، حالة الحرب ، الحياة في معسكرات الاعتقال وانقطاع الطمث عند اللاجئين امر معروف وقد سماه احدهم انقطاع الطمث الضروري Notstandsamenorrhoe هذا وقد لوحظت حالات كثيرة من انقطاع الطمث خلال سنين الحرب وبعدها .

٢ - الامراض النفسية :

حالات الخمود النفسي ، انفصام الشخصية ، الحمل العصبي (الكاذب) الجروح والرضوض المارضة ، الصدمة ، النزاع النفسي ، الاسباب المؤدية للانفعالات الشديدة .

٣ - الآفات المرضية :

آ - الامراض الحادة : الالتهابية والتسممية .

ب - الامراض المزمنة : (السل ، الامراض التي تؤثر على الحالة العامة للجسم ، اضطرابات الدورة الدموية)

٤ - الحوادث :

الحوادث العنيفة وخاصة حوادث السيارات .

٥ - الإجهاد :

التوتر النفسي الشديد ، الاعمال المجهدة للبدن ، التمارين الرياضية المجهدة .

٦ - نقص التغذية :

الحمية الشديدة لانقاص الوزن ، الجوع ، القهم العصبي

Anorexia Nervosa

ويشكل انقطاع الطمث الوظيفي اكبر نسبة بين حالات انقطاع الطمث المرضي وتفسر اسبابه حالياً كتفسير اسباب اضطرابات الدورة الطمثية عموماً بحدوث اضطراب في ما تحت السرير البصري نتيجة لاسباب نفسية او غريزية حيث يؤثر هذا الاضطراب عن طريق الفص الامامي للنخامة على المبيضين محدثاً اضطراباً شديداً او خفيفاً في وظائفها .

وتقوم معالجة انقطاع الطمث الوظيفي على معالجة اسبابه فاذا فشلت رغم التأكد من عدم وجود أية آفة عضوية يلجأ عندئذ الى المعالجة التي سبق ذكرها في بحث المعالجة لكافة اشكال انقطاع الطمث .

انعدام الطمث أو انقطاع الطمث غير النظامي

Dysregulatorische Amenorrhoe

يقصد بانعدام أو انقطاع الطمث غير النظامي انعدام أو انقطاع الطمث
الناجم عن اضطراب في الغدد الصم خارج الدارة المؤلفة من الدماغ المتوسط -
الفص الامامي للنخامة - المبيضين لكنه يؤثر في عمل هذه الدارة .
آ - الكظر :

التناذر الكظري التناسلي AGS

ويشمل هذا التناذر كافة الحالات المرضية الناجمة عن فرط افراز
الاندروجين Androgene من الكظر وهي تقسم بشكل عام الى نوعين .
١ - الحالات الولادية او التناذر الكظري التناسلي الخلقي

Das angeborene also Kongenital auftretende AGS

٢ - الحالات المكتسبة او التناذر الكظري التناسلي ما بعد البلوغ

Das spaeter erworbene = Postpuberale AGS

١ - التناذر الكظري التناسلي الخلقي او التناذر الكظري التناسلي الجنيني

Kongenitales AGS = Praenatales AGS

ينشأ هذا التناذر عن اضطراب ازيمي في الكظر الذي يفقد قدرته على بناء
كميات كافية من الهيدروكورتيزون أي Kortisol ونقص تكون الكورتيزول
يعتبر المفتاح في فهم هذا التناذر

فالنتيجة الاولى لنقص الكورتيزول هي ازدياد افراز الفص الامامي
للنخامة لهرمون ACTH (Andrenocorticotropes Hormon)
ومن المعروف ان هرمون ACTH المتكون في الفص الامامي للنخامة يحث
الكظر الطبيعي على تكوين الكورتيزول ونظراً لوجود آلية التنظيم او التوازن

بين الهرمونات فإن نقص نسبة الكورتيزول في الدم يؤدي الى زيادة في طرح ACTH المتكون في الفص الامامي للنخامة لذلك فإن الاضطراب الازيمي في الكظر يؤدي الى نقص في كمية الكورتيزول وبالتالي الى زيادة في تكون ACTH هذه الزيادة التي سوف تؤدي الى فرط تصنع الكظر في الجانبين اي اتساع في المنطقة المحزمة Zona Fasciculata ونتيجة للاضطراب الازيمي يفقد الكظر قدرته على تكوين الكورتيزول فقط .

إن لمواد ما قبل الكورتيزول تأثير مشابه للاندروجين اي للهرمون المنشط للذكورة .

وأخيراً يزداد تكون هذا الاندروجين الكظري بحيث يؤدي ازدياده الى لجم الفص الامامي للنخامة عن افراز النونادوتروبين .

وهكذا فإن الغدد التناسلية (المبيض ، الخصية) لن تصلها إلا كميات ضئيلة من الحاثات الآتية من الفص الامامي للنخامة وهذا ما سوف يلعب دوراً كبيراً في تكوين اعضاء الجنين حيث يشاهد عند ولادته ضور في الخصيتين اذا كان ذكراً وضور في المبيضين اذا كان انثى حيث ستصاب بانعدام الطمث البدئي اذا لم تعالج وبما أن افراز الاندروجين في أغلب الحالات يبدأ بين الاسبوع الحادي عشر والاسبوع العشرين من الحياة الجنينية حيث لم يتأخر الجهاز البولي التناسلي في الاتى بعد لذا فانها سوف تتعرض الى الاصابة بتشوهات وصفية هي :

اولاً - ضخامة البظر بحيث يشبه القضيب عند الذكر .

ثانياً - يأخذ الشفران الكبيران شكلاً مشابهاً لكيس الصفن .

وهذه الحالة تسمى الخنوثة الاثوية الكاذبة الخارجية .

Pseudohermaphroditismus femininus externus

ويكون المهبل ضيقاً قد يشترك مع الاحايل مشكلاً ما يسمى بالسنرق Kloake اي المخرج المشترك التناسلي البولي اما الرحم والبوقان فهما موجودان . تظهر علامات الاسترجال Virilisierung شيئاً فشيئاً مع تقدم السن فتصاب بالزيب او الشعرانية حيث تظهر الاشعار في الوجه وعلى الصدر بشكل مشابه للرجل Hirsutismus وتمتد أشعار العانة حتى السرة ، يبقى الثديان ضامران ويبدو البناء العضلي مشابهاً للرجل بتأثير هرمون الاندروجين يفلظ الصوت ، ينمو الهيكل العظمي بشكل سريع فتبدو الطفلة اكبر قامة من اترابها ثم يتوقف هذا النمو في سن العاشرة وعندما تبلغ سنّاً متقدماً تكون صغيرة جداً نسبة الى النساء اللواتي هن في نفس سنّها .



الشكل (٦٨) :

الخنوثة الاثوية الكاذبة الخارجية
ويبدو البظر متضخماً يشبه القضيب كما
يبدو المهبل متضيقاً جداً .

الشكل (٦٩) :

الاسترجال في التناذر الكظري التناسلي

Virilisierung beim
AGS



وتسمى الحالات التي تكون فيها الاعضاء التناسلية الخارجية عند
الولادة مشابهة لاعضاء الاطفال الذكور الخنثة الانثوية الكاذبة الخارجية .
كما يلاحظ ارتفاع كمية ١٧ كهتوستيروئيد نتيجة لازدياد هرمون الاندروجين
٢ - التناذر الكظري التناسلي المكتسب او التناذر الكظري التناسلي ما
بعد البلوغ :

Erworbenes = Postpuberales AGS

حسب الخبرات الحديثة تعزى اسباب التناذر الكظري التناسلي المكتسب
اما الى فرط غو الكظر او الى تشكّل ورم ليفي فيه او الى اضطراب وظيفي
اصابه ولا يشاهد في هذا التناذر أي تشوّه في الاعضاء التناسلية سوى
ضخامة البظر لأن زيادة افراز الاندروجين يحدث بعد تكون هذه الاعضاء .

المعالجة :

١ - إن هدف معالجة التناذر الكظري التناسلي الخلقى هو العمل على لجم تكون هرمون ACTH في الفص الامامي للنخامة والطريقة المتقاة في هذه المعالجة تقوم على اعطاء مركبات الكورتيزون باستمرار ويفضل مركب الده كسامه تازون Dexamethason مثل ميلليكورتين ، ده كسامه روزون فورته كورتين .

Millicorten , Dexascheron , Fortecortin

وذلك بكميات معينة وترآب في نفس الوقت كمية ١٧ كهتوستهروئيد فاذا اصبحت طبيعية تعطى معالجة ثابتة ٠.٢٥ ملغ يومياً (بعد مرور ٣ - ٤ أيام) من مركب الده كسامه تازون وقد تؤدي هذه المعالجة المستمرة الى احداث الطمث عند المرأة .

٢ - اما معالجة التناذر الكظري التناسلي المكتسب فانها لانتختلف عما ذكر الا في حالة وجود ورم في الكظر عندئذ تكون المعالجة جراحية باستئصال الورم .

٣ - وفي تناذر كوشينغ

المرافق غالباً بانقطاع الطمث والذي تبو أعراضه بالوجه المشابه للبدر مع بدانة وشعرانية وارتفاع في التوتر الشرياني والبيلة السكرية وتخلخل العظام فيعالج انعدام الطمث بمعالجة السبب .

٤ - كذلك في داء اديسون :

المرافق غالباً بانقطاع الطمث حيث تقوم معالجة انقطاع الطمث على معالجة السبب ايضاً .

ب - الدرق :

إن لفدة الدرق علاقة بسيطة بالأعضاء التناسلية حيث يترافق قصور الدرق غالباً بقصور وظيفي في الأعضاء التناسلية مع انقطاع الطمث اما فرط نشاط الدرق فانه يترافق ايضاً باضطراب وظيفي في المبيضين قد يكون خفيفاً او شديداً حسب شدة الإصابة مع انقطاع الطمث والواقع ان ٨٠٪ من الحالات الشديدة للآفات الدرقية تترافق بانقطاع الطمث الذي تقوم معالجته على معالجة الآفة الدرقية .

تشخيص حالات انعدام الطمث

نظراً لتنوع الاسباب المؤدية الى حالات انعدام الطمث والوصول الى تشخيص صحيح لها يتوجب استجواب المريضة بدقة واجراء فحوص متعددة لها فنبدأ بالسؤال عن الامور التالية :

١ - سوابقها الارثية .

٢ - قصتها المرضية .

(هل انعدام الطمث بدئي ام ثانوي ، مدة الاضطراب الطمثي ، حالات الاجهاد النفسي اذا وجد ، الاعراض الاخرى المرافقة)

٣ - حالة المريضة العامة :

(الطول ، البنية ، توزيع شحم البدن ، نوع توزيع الاشعار ، مواضع الفتوق ،) الحالات المرضية الاخرى غير النسائية وبخاصة آفات الدرق ، وآفات الكظر . كما ان فحص المريضة بالتأمل يمكننا من كشف بعض الآفات الاخرى مثل تناذر كوشينغ ، التناذر الكظري التناسلي ، تناذر تورنر ، آفات الدرق ، القزامة النخامية .

٤ - الفحص النسائي :

حيث نستطيع بواسطته اكتشاف التبدلات العضوية في غشاء البكارة والمهبل (الانسداد او الفيب) والرحم (نقص تنسؤ الرحم ، غياب الرحم في حالات التأث الخصوي)

كما يمكننا الفحص النسائي ايضاً اثبات او نفي وجود الحمل . هذا ويتوجب اثناء الفحص النسائي بشكل عام التعرف على حجم البويضين ، نفي او اثبات الاورام المبيضية او تنادر ستاين لوفتال ، كما ان تنظير عنق الرحم يمكننا من التعرف على صفات مخاط العنق (خاصة التمعط ، الترخس كمية المفرزات المخاطية) كما أن الفحص الخلوي للطاخة المهبالية يعطينا فكرة عن تأثير الاوستروجين . اما اذا لم نجد سبباً لحالة انعدام الطمث بعد اجراء كافة الفحوص المذكورة نلجأ عندئذ الى الاختبار الهرموني .

٥ - الاختبار الهرموني .

ويقوم على اعطاء الهرمونات وفحص الغشاء المخاطي لباطن الرحم لمعرفة مدى ارتكاسه بها وبفينا الاختبار الهرموني في :

أ - تشخيص انعدام الطمث الرحمي المنشأ (اذا لم يرنكس الغشاء المخاطي لباطن الرحم عند اعطائها)

ب - معرفة درجة حالة انعدام الطمث اي هل هي من نوع :

١ - انعدام الطمث ذي الدرجة الخفيفة (وذلك في حالة فشل وظيفة المبيض التناسلية generative Ovarialfunktion أي عدم نضج جريب غراف وعدم انطلاق البضة منه)

٢ - انعدام الطمث ذي الدرجة الثانية اي ذي الدرجة الصعبة (وذلك في حالة فشل وظيفة البيض التناسلية والنباتية اي بالاضافة الى الحالة الاولى عدم تكون الهرمونات المبيضية).

هذا ويمكن للقصور المبيضي التناسلي او النباتي ان يكونا نتيجة لاسباب عضوية او وظيفية ولمعرفة ذلك نجري الاختبارين الهرمونيين التاليين.

الاختبار البروجستروني والاختبار الاوستروجيني :

١ - الاختبار البروجستروني : Progesterontest

والافضل دائماً ان نبدأ بهذا الاختبار والطريقة هي كما يلي :

تعطى المريضة ٢٠ ملغ بروجسترون يومياً خلال يومين متتالين (مثلاً زرقتان عضليتان من البرولوتون تحتوي الواحدة ١٠ ملغ Proluton 10mg او زرقة واحدة يومياً من دوئوجينون Duogynon كما يمكن اعطاء زرقة واحدة فقط ولمرة واحدة دوئوجينون سيمبليكس

Duogynon Simplex

حيث تحتوي هذه الزرقه على ٥٠ ملغ بروجسترون مع ٣ ملغ بنزوات الاوستراديول Oestradiolbenzoat كما يمكن اعطاء جوب بريملوت - نور

Primolut Nor اي Aethinyl -Nortestosteronazetat

جتان يومياً لمدة أربعة أيام أو جوب دوئوجينون حبة واحدة يومياً لمدة يومين هذا ورغم وجود الاوستروجين مع الدوئوجينون لكن نسبته قليلة ليس لها تأثير لذا يعتبر هذا الاختبار اختباراً بروجسترونياً حقيقياً فاذا حدث بعدد (٣ - ٦ - ١٠) أيام نزف يشبه الطمث من حيث شدته (الاختبار ايجابي) نكون قد نفينا حالة انعدام الطمث ذي الدرجة الثانية أي ذي الدرجة الصعبة

(ويسمى هذا النزف نزف، التوقف Entzugsblutung اي أنه يحدث نتيجة لتوقف اعطاء البروجسترون).

ابضاح الاختبار :

ان حدوث النزف يثبت أن المبيضين يفرزان الاوستروجين لأن البروجسترون لا يمكن أن يحدث نزفاً من النشاء المخاطي لبطن الرحم الا اذا كان في دور التنمي اي تحت تأثير الاوستروجين وان ما ينقص النشاء المخاطي لبطن الرحم في هذه الحالة هو وجود البروجسترون نتيجة لغياب الحاثات المركزية التي تؤدي الى نضج جريب غراف ومن ثم الى حدوث الاباضة . إن عدم حدوث الاباضة (قصور المبيض التناسلي) يعني عدم تكون الجسم الاصفر ويعود السبب الى اضطراب وظيفي في الدارة الكائنة بين الفص الامامي للنخامة وما تحت السرير البصري وهذه بدورها تكون غالباً نتيجة لاضطراب في المراكز العلوية ونادراً نتيجة لمؤثرات هرمونية اخرى (مثلاً في حالات انعدام الطمث غير النظامي)

Dysregulatorische Amenorrhoe

الاختبار البروجستروني ايجابي = قصور المبيض التناسلي بينما تكون وظيفة المبيض النباتية موجودة .

اذاً فانعدام الطمث هذا هو من الدرجة الاولى نتيجة لقصور المبيض التناسلي
Generative Ovarialinsuffizienz
(انعدام الاباضة ، انعدام تكون الجسم الاصفر ، افراز الاوستروجين طبيعي)

اما اذا كان الاختبار البروجستروني سلبياً (عدم حدوث النزف فهناك عدة احتمالات لانعدام الطمث هي :

١ - الحمل

٢ - انعدام الطمث الرحمي المنشأ (انعدام الغشاء المخاطي لبطن الرحم ، انسداد والتصاق مجرى العنق وجوف الرحم) .

٣ - قصور المبيض الناتج نتيجة لاضطراب في :

آ - المبيضين نفسها (قصور المبيض البدئي في حالة انعدام الغدد التناسلية (المبيضين) Gonadendysgenesie او في حالة نقص تنشؤها Hypoplasie او في حالة سن اليأس المبكر .

Klimakterium Praecox

ب - في الدارة الكائنة بين الدماغ المتوسط والفص الامامي لل نخامة (قصور المبيض الثانوي الناجم عن اسباب مركزية عضوية او وظيفية) .

ج - في حالة انعدام الطمث غير النظامي نتيجة لاضطراب في الكظر او الدرق .

هذا وفي حال التأكد من عدم وجود الحمل ولاكل الابضاح ياجأ الى اجراء الاختبار الاوستروجيني Oestrogentest

٢ - الاختبار الاوستروجيني : Oestrogentest

تعطى المريضة ٢٠ ملغ من الاوستروجين المديد Oestrogendepo (مثلاً تعطى زرتان عضليتان من البروجينون المديد تحوي الزرقة ١٠ ملغ

Progynon Depot 10 mg

كما يمكن أن تعطى هاتان الزرتان على دفعتين بفاصلة (٨) أيام بين الزرقة الاولى والثانية كما يمكن اعطاء الاوستروجين وبعد فترة يعطى مركب يحوي الاوستروجين والجستاجين معاً : مثلاً يعطى لمدة ١٤ يوماً ٣ حبات يومياً من بروجينون س

Progynon C ثم تتبعها باعطاء حبة واحدة من اوجينون (وهو مركب يحوي الاوستروجين والجستاجين معاً Eugynon لمدة ٧ أيام ويعتبر هذا الاختبار اختباراً اوستروجينياً رغم وجود الجستاجين لان مقداره القليل يجعله عديم التأثير فاذا حدث نزف بعد (٤ - ٥) اسابيع من اعطاء الزرقة الاولى او بعد (٣ - ٤) أيام من انتهاء اعطاء الجيوب يعتبر الاختبار ايجابياً (اختبار الاوستروجين ايجابي) .

نكون بذلك قد اثبتنا وجود الغشاء المخاطي لبطن الرحم واثبتنا ارتكاسه بالاوستروجين وأنه اصبح في دور التنمي وان حالة انعدام الطمث هذه والتي كان الاختبار البروجستروني فيها سلبياً بينما شاهدنا ان الاختبار الاوستروجيني ايجابي (حدوث النزف) ترجع الى عدم قيام البيضين بعملهما في تكوين الاوستروجين . والسؤال الذي يجب الاجابة عليه الآن هو هل يقع الاضطراب في البيض نفسه أم في الفص الامامي للنخامة أم في السرير البصري أم ان حالة انعدام الطمث هذه هي حالة من حالات انعدام الطمث غير النظامي اي ان الاضطراب يعود مثلاً الى الكظر .

اختبار الاوستروجين ايجابي = قصور وظيفة البيض التناسلية والنباتية وان حالة اضطراب الطمث هذه من الدرجة الثانية اي من الدرجة الصعبة .

إن عدم حدوث النزف في الاختبار الاستروجيني = اختبار الاستروجين سلبى يعني ذلك وجود اضطراب عضوي في (المهبل او عنق الرحم او جسم الرحم) ادى الى حالة انعدام الطمث هذه .

تعود اسباب انعدام الطمث من الدرجة الثانية (اختبار الاوستروجين ايجابي) الى :

١ - الغدد التناسلية نفسها (المبيضين)

٢ - الدارة الكائنة بين النخامة والدماغ المتوسط

٣ - آفات تتوضع في بعض الغدد الصم الاخرى تؤثر بشكل غير مباشر على الدارة الكائنة بين النخامة والدماغ المتوسط (انعدام الطمث غير النظامي).

وفي كافة الحالات التي يكون فيها انعدام الطمث من نوع انعدام الطمث غير النظامي والتي لم يثبت فيها وجود آفة عضوية مركزية ينصح بما يلي :

اذا كان هناك اشتباه بوجود حالة مرضية تتعلق بالطب الداخلي (آفات الدرق ، آفات الكظر مثل نقص افراز الدرق ، فرط افراز الدرق ، داء كوشينغ ، داء اديسون ، ضخامة النهايات Akromegalie وغيرها) ترسل المريضة الى طبيب اختصاصي بالامراض الداخلية لتشخيص الحالة المرضية ومعالجتها وللتأكد من وجود آفة دماغية وبخاصة الآفات المتوضعة في منطقة السرج التركي (اورام النخامة) ويفضل اشراك طبيب اختصاصي بالامراض العينية لوضع التشخيص والمعالجة .

في كافة الحالات التي تترافق بزيادة الاشعار (والحالات التي لا تترافق بهذه الزيادة ايضاً) ينصح بمعايره ١٧ كهتوستهروئيد للتأكد من وجود زيادة في افراز الاندروجين (فرط تنشؤ الكظر ، سرطان الكظر ، تناذر شتاين لوفنتال الذي يزداد فيه الاندروجين زيادة بسيطة) وفي الحالات المترافقة بزيادة الافراز يمكن اجراء بعض الفحوص الاخرى زيادة في الايضاح مثلاً اختبار ده كسامه تازون الملجم Dexamethason Hemmtest وذلك للتفريق بين فرط تنشؤ الكظر (حيث تنخفض نسبة ١٧ كهتوستهروئيد باعطاء الده كسامه تازون) وبين سرطان الكظر حيث لا يتأثر افراز ١٧ كهتوستهروئيد باعطاء الده كسامه تازون .

١ - أسباب انعدام الطمث من الدرجة الثانية الناجمة عن آفات الغدد التناسلية = البيضين :

Gonadal = Ovariell bedingte Amenorrhoe

II. Grades

في حالات انعدام الطمث من الدرجة الثانية مع انعدام وجود البويضات او نقص شديد في تنشؤهما (تناذر تورنر) يتوجب اجراء الفحص الجنسي لشكل النواة وان أمكن فحص مجموعة الكروموزومات (الصبغيات او العرى الملونة) مع اجراء المعايرة الهرمونية وأخذ الصور الشعاعية للعظام وغير ذلك .

وبهذا يمكن وضع التشخيص التفريقي لانعدام الطمث الناجم عن اسباب مبيضية وانعدام الطمث الناجم عن آفة في الدائرة الكائنة بين الدماغ المتوسط والنخامة اي عن اسباب مركزية ولذلك اهمية في وضع المعالجة وفي ايضاح ما اذا كان هناك احتمال في حدوث الحمل عند المرأة المصابة . وللتفريق بين هذين السببين نتوجب علينا الاجابة على السؤال التالي :

هل حالة انعدام الطمث هذه ناجمة عن إصابة بدئية في البويضات اي عن قصور مبيضي بدئي ام اصابة وظيفية ثانوية في البويضات اي عن قصور مبيضي ثانوي ؟

القصور المبيضي البدئي : Primaere ovarialinsuffizienz

ونعني بالقصور المبيضي البدئي عدم ارتكاس البويضات بالحالات النخامية اي بالفونادوترويين وذلك نتيجة لاستهلاك النسيج البارانشيمي المبيضي (النسيج المبيضي الخالص) او لانعدامه وتصادف هذه الحالة بشكل غيررزي في الفترة الكائنة بعد سن اليأس ، اما اذا صودفت عند نساء شابات نسبياً (قبل سن ٤٣) فيمكن القول عندئذ ان هؤلاء النسوة مصابات بسن اليأس المبكر .

القصور المبيضي الثانوي :

Sekundaere ovarialinzuffizienz

ونعني بالقصور المبيضي الثانوي ان المبيضين طبيعيان وقادران على القيام بعملهما الوظيفي الا ان جهاز النخامة - الدماغ المتوسط لا يرسل الحثات البيضية بمقادير كافية فانعدام الطمث ناجم عن اسباب مركزية قد تكون عضوية او وظيفية . هناك طريقتان للتفريق بين القصور المبيضي البدئي والقصور المبيضي الثانوي تقوم الاولى على طريقة اختبار الفونادوتروين لتأكد من ارتكاس المبيضين او عدمه . والطريقة الثانية تقوم على معايرة الفونادوتروين في البول.

Gonadotropintest : اختبار الفونادوترويني

وتقوم هذه الطريقة على امكانية حث المبيضين باعطاء مركبات

PMS == Pregnant mare serum gonadotrpine

اي هرمون الفونادوتروين المستخرج من مصل الفرس الحامل او اعطاء مركبات

HCG == Human Chorionic Gonadotropine

اي هرمون الفونادوتروين الكوريوني المستخرج من بول المرأة الحامل .

وهناك بعض الحالات يفشل فيها حث المبيضين لاجداث الدورة البيضية رغم اعطاء هذه المركبات المذكورة (PMS - HCG) ولكن ذلك لايعني ان المبيضين لايمكن حثهما اطلاقاً وقد اثبتت الابحاث الحديثة ان هرمون الفونادوتروين يجب ان يحوي على (FSH و LH) متممين بقدرة معينة ليستطيع الفونادوتروين حث المبيضين ويستجمل على هذا النوع من الفونادوتروين من النخامة (عند الانسان) مباشرة او من بول المرأة التي هي في مرحلة ما بعد سن اليأس .

إن تكاليف الحصول على هذا النونادوتروين في الوقت الحاضر باهظة لذا يلجأ الى الطريقة الثانية وهي معايرة النونادوتروين في البول .

من المعروف ان هناك توازن بين افراز النونادوتروين من الفص الامامي للنخامة وبين افراز الاوستروجين والجستاجين من المبيضين بحيث يؤثران في بعضها البعض فاذا ازدادت نسبة النونادوتروين هبط افراز البيض لهرموني الاوستروجين والجستاجين والعكس بالعكس لذلك نجد ازدياداً في نسبة النونادوتروين في البول في حالات قصور البيض البدئي نتيجة لعدم لجه من قبل الاوستروجين وتسمى هذه الحالة انعدام الطمث مع فرط النونادوتروين ويعود السبب الى اضطراب في المبيضين نفسها .

في حالة انعدام الطمث مع فرط النونادوتروين ينعدم الامل في شفاء هذا القصور المبيضي لان النسج المبيضية المتبقية لا ترتكس عند اعطاء الحاثات المركزة .

وان معالجة المقم في مثل هذه الحالات فاشلة إذ أن سببه يعود الى انعدام او نقص غو المبيضين أو الى استهلاك مبكر لها وهذا مانراه في حالات سن اليأس المبكر .

أما في حالات قصور البيض الثانوي فيمكن ان تكون نسبة النونادوتروين في البول طبيعية او قليلة وبما أن قصور المبيضين الثانوي يعود الى نقص الحاثات لذلك يمكن معالجة انعدام الطمث هذا إما باعطاء النونادوتروين او باعطاء الهرمونات المبيضية .

معايرة النونادوتروين :

يقوم التشخيص الحديث لحالات انعدام الطمث من الدرجة الصمة على تصنيف هذه الحالات نسبة لكمية النونادوتروين المراقبة لها وعلى هذا الاساس

نستطيع التفريق بين الحالات التي يمكننا فيها حدوث البويضات واحداث الدورة المبيضية ذات الزمنين وبين الحالات التي يمنع فيها اعطاء هذه الحائث اي أن معايرة الفونادوترويين تمكننا من التفريق عند معالجة المقم بين الحالات التي يحتمل شفاؤها والحالات التي بنعدم فيها هذا الاحتمال .

وقد ادت نتائج معايرة الفونادوترويين الى تقسيم حالات انعدام الطمث الى ثلاثة أنواع :

النوع الأول :

انعدام الطمث المترافق مع فرط الفونادوترويين :

Hypergonadotrope Amnorrhoe

حيث نجد في هذه الحالة كميات عالية من الفونادوترويين في بول المرأة نتيجة لانعدام تكون الاوستروجين في المبيضين الذي يقوم باجهم الفص الامامي للنخامة ومنعه من الافراز .

النوع الثاني :

انعدام الطمث المترافق مع كمية طبيعية من الفونادوترويين :

Eugonadotrope Amenorrhoe

حيث نجد كمية الفونادوترويين طبيعية في بول المرأة .

النوع الثالث :

انعدام الطمث المترافق مع نقص الفونادوترويين

Hypogonadotrope Amenorrhoe

حيث نجد كمية ضئيلة جداً من الفونادوترويين في بول المرأة وهذا يعني أن الآفة موجودة في الدارة الكائنة بين الفص الامامي للنخامة والدماغ المتوسط .

الانذار :

يوضع الانذار في حالات انعدام الطمث حسب كمية الفونادوتروبين المراقبة لها .

١ - فرط الفونادوتروبين : الانذار سيء والامل في الشفاء معدوم

٢ - كمية الفونادوتروبين طبيعية (الانذار حسن والامل في الشفاء

٣ - نقص الفونادوتروبين (موجود

ويقوم هذا الامل على المعالجة بالكوميفين Clomiphen (ويعني ذلك المعالجة بالفونادوتروبين) أو على المعالجة بالهرمونات المبيضية .

معالجة انعدام الطمث :

تقوم معالجة حالة ما من حالات انعدام الطمث قدر الامكان على معالجة السبب وقد مرت معنا معالجة حالات انعدام الطمث المركزي العضوي المنشأ وحالات انعدام الطمث المحيطي وحالات انعدام الطمث غير النظامي ويلاحظ غالباً حدوث واستمرار الدورة الطمثية بشكل عفوي بعد نهاية المعالجة . كذلك في معالجة حالات انعدام الطمث المركزي الوظيفي المنشأ حيث يتوجب على الطبيب أن لا يلجأ مباشرة الى المعالجة الهرمونية بل يفتش عن السبب (اضطراب نفسي ، اجهاد اوغير ذلك) لازالته وذلك باتخاذ اجراءات لتحسين الوضع العام عند المريضة (ازالة الاجهاد العضلي ، تحسين الوضع النفسي ، تغيير البيئة ، الحمامات المائية وغير ذلك) وقد نفشل في معالجة كثير من هذه الحالات نتيجة لعدم قدرتنا على ازالة السبب فقد تراجعت امرأة مضى على طمثها الاخير اربعة شهور وترفض المعالجة المائية مثلاً في احدى المصحات التي تضطرها البقاء فيها عدة اسابيع لأنها سميت بوجود معالجة بسيطة لحالتها . لهذا ينصح بشوره بل

Pschyrembel في مثل هذه الحالات بالبدء باعطاء البروجسترون مثل
دووجينون Duogynon زرقة عضلية واحدة يومياً مدة يومين او اعطاء
دووجينون سيمبليكس Duogynon Simplex او دووجينون
بشكل حبوب حبة واحدة يومياً لمدة يومين ثم ينتظر حدوث الطمث (٣ - ١٠)
أيام فاذا فشلت هذه المعالجة نطبق عندئذ المعالجة الهرمونية الحقيقية باعطاء
الكلوميفن او النونادوتروبين .

اعطاء الهرمونات المبيضية :

ويقع تأثيرها على الرحم وبشكل أدق على الغشاء المخاطي لباطن الرحم
بحيث يتحول هذا الغشاء بتأثير الاوستروجين الى دور التنمي ثم يتحول بتأثير
الاوستروجين والجستاجين معاً الى دور الافراز وعند التوقف عن اعطاء هذه
الهرمونات يحدث النزف من الغشاء المخاطي المذكور فذا تابنا هذه المعالجة عدة
شهور ثم توقفنا عنها يمكن حدوث دورات طمثية عفوية وباستمرار مع
حدوث الاباضة نتيجة لما يسمى برد الفعل المحرض Reboundeffekt
(حيث يزداد افراز النونادوتروبين من الفص الامامي للنخامة) .

اعطاء الكلوميفن او النونادوتروبين :

وسنرى هذه المعالجة بشكل مفصل ويقع التأثير هنا على المبيضين بحيث
يتشكل جريب غراف وينضج وتنطلق البيضة ثم يتكون الجسم الاصفر
أي أننا بهذه المعالجة نجعل المبيضين في نفس الوقت يقومان بدورهما الوظيفي
بحيث يفرزان الهرمونات المبيضية بشكل دوري كما هو في الحالة الطبيعية
والمعالجة هذه لن تؤدي فقط الى احداث النزف من الغشاء المخاطي لباطن
الرحم بل يمكنها ايضاً أن تؤدي الى حدوث الاباضة وبالتالي الى حدوث الحمل .
لأن نسبة الشفاء واستمراره لا يختلفان باختلاف هاتين المعالجتين

أي باعطاء الهرمونات البيضية او باعطاء الكلوميغهن اوالفونادوترويين كما أن نسبة الخطر واحدة في كلا الطريقتين ويفضل قبل البدء بالمعالجة الهرمونية سؤال المريضة عن غايتها من المعالجة :

آ - فاذا كانت الغاية هي التوصل الى طمث منتظم فقط - تفضل المعالجة عندئذ بالهرمونات البيضية

ب - اما اذا كانت الغاية هي الحمل فتفضل المعالجة بالكلوميغهن أو الفونادوترويين . ويستحسن في هذه الحالة البدء بالمعالجة بالهرمونات البيضية فاذا فشلت ولم تحدث الاباضة تطبق عندئذ المعالجة بالكلوميغهن أو بالفونادوترويين

المعالجة بالهرمونات البيضية :

أولاً - المعالجة الدورية : *Zyklische Behandlung* اذا كان انعدام الطمث من النوع القصير الامد اي ان المدة التي مرت منذ الطمث الاخير اقل من سنة واحدة :

١ - يمكن احداث النزف من انشاء المخاطي لباطن الرحم باعطاء البروجسترون مثل دوثوجينون *Duogynon* او مايشبهه من المستحضرات وتعتبر هذه المعالجة من المعالجات الخفيفة بواسطة الهرمونات البيضية ويمكن اعطاء الدوثوجينون بشكل جوب او بشكل زرقاات عضلية ولا تختلف هذه المعالجة عن طريقة تطبيق الاختبار البروجستروني اي أنها في نفس الوقت طريقة تشخيصية وعلاجية وفي حالة حدوث طمث منتظم عند تطبيق هذه المعالجة الدورية عدة مرات يجرى قياس حرارة البدن الاساسية للتأكد من كون الدورات الطمثية دورات طمثية اباضية .

٢ - المعالجة الدورية باعطاء الاوستروجين والجستاجين مما مثل

البريموسون Primosiston تعطى المريضة ثلاث حبات يومياً ابتداء من اليوم ١٧ الى ٢٦ من أيام الدورة الطمثية ويحدث النزف بشكل يشبه الطمث بعد يومين من التوقف عن اعطاء هذا الدواء ويثابر على هذه المعالجة مدة (٤ - ٦) دورات طمثية ثم تراقب حرارة البدن الاساسية بعد ذلك . وتفضل هذه المعالجة بشكل خاص في الدورات الطمثية اللاإباضية .

والغاية من هذه المعالجة هي تحريض الفص الامامي للنخامة على القيام بوظيفته نتيجة لاعطاء الجستاجين والاوستروجين بالشكل الدوري المذكور

عندما نلاحظ ارتفاع حرارة البدن عفوياً على الخط البياني للحرارة تتوقف مباشرة عن متابعة المعالجة .

لان دور الجسم الاصفر الذي حدث بشكل آلي سوف يتابع سيره عفوياً وفي أغلب الاحيان تحدث الدورات الطمثية التالية من نوع الدورة الطمثية ذات الزمنين اي ان الطمث أصبح يحدث عفوياً وبشكل طبيعي أما اذا فشلت هذه المعالجة فنلجأ الى :

٣ - التعويض الدوري للهرمونات المبيضية المدومة

Zyklisch und Zyklusgerecht

وذلك باعطاء الاوستروجين والجستاجين أي بتطبيق نموذج كاوفمان المطور Kaufmann Schema الذي يعتبر طريقة للتشخيص وفي نفس الوقت تطبيقاً للاختبار الاوستروجيني Oestrogen test ويعطى الاوستروجين والجستاجين عن طريق المضلع عن طريق الفم إلا أن اعطاءهما عن طريق المضلع يؤدي الى حدوث نزف دموي شديد بينما لا يؤدي اعطاءهما عن طريق الفم الى مثل هذا النزف اذ أنه بعد التوقف عن اعطاء الجبوب تنحدر نسبة

الهرمون في الدم بسرعة شديدة وعلى هذا الاساس اتبعت طريقة تعويض
هذين الهرمونين عن طريق الفم فقط حيث يعطى مثلاً :

مدة (١٤) يوماً ٣ حبات يومياً من حبوب بروجينون س

Progynon C

ثم مدة (١٠) أيام ٣ حبات يومياً من حبات بريوستون Primosiston

وبعد حدوث النزف يعطى اعتباراً من اليوم الخامس :

مدة (١٠) أيام ٣ حبات يومياً من حبوب بروجينون س ثم مدة (١٠)
أيام ٣ حبات يومياً من حبوب بريوستون ونستمر مدة تزيد عن ستة
شهور على هذه المعالجة ثم نتوقف عنها بهدف زيادة افراز الغونادوتروبين
نتيجة لرد الفعل المحرض Reboundeffekt مما يؤدي الى حدوث
واستمرار الدورات الطمثية الاباضية عفوياً .

٤ - هناك طريقة اخرى لاجداث النزف هي طريقة اعطاء الهرمونات
بشكل دوري ولكن ليس بطريقة التعويض الدوري المنظم كما ذكرنا (اي باعطاء
الايستروجين فترة محددة يعقبها اعطاء البروجسترون فترة محددة ايضاً بشكل
يشبه لما يحدث في السورة الطمثية الطبيعية)

Zyklische aber nicht Zyklusgerecht

وتقوم هذه الطريقة على اعطاء الهرمونات مدة تزيد عن (٣ - ٦)
شهور ثم نتوقف عنها انتظاراً لحدوث واستمرار الدورات الطمثية عفوياً نتيجة
لرد الفعل المحرض حيث تعطى مثلاً الادوية المانعة للحمل مثل اوجينون لنديول
Eugynon , Lyndiol , Noracyclin وغيرها
أما اذا كان هناك نقص في تنشؤ الرحم Hypoplasie فينصح بتطبيق
المعالجة الادرية .

ثانياً - المعالجة اللادورية : Azyklische Behandlung

وهي المعالجة بطريقة احداث الحمل الكاذب :

وتقوم هذه الطريقة على اعطاء الاوستروجين والجستاجين بمقادير عالية مدة تزيد عن ستة أسابيع حيث يمكن لهذه الطريقة أيضاً أن تؤدي الى حدوث واستمرار الدورات الطمثية الاباضية عفوياً وتأثير هذه الطريقة يتجلى في :

أ - التأثير المركزي :

ويكون ذلك باحداث اشد أنواع المعالجات اللاحمة حيث تستهدف عند التوقف عن اعطاء هذه المقادير الهرمونية العالية اي عند التوقف عن هذا العمل اللاحم الشديد تحريض رد الفعل لاحداث دورات طمثية اباضية عفوياً وبشكل مستمر .

ب - التأثير المحيطي :

وتمثل ذلك بشكل خاص في الرحم حيث يصبح مشابهاً للرحم الحامل إذ يضخم حجمه وبلين قوامه وينقطع الطمث عن الظهور وعند التوقف عن اعطاء هذه الهرمونات يحدث طمث كاذب Abbruchblutung ثم يحدث بعد مرور (٤ - ٦) أسابيع طمث حقيقي .

المعالجة بالنونادوتروبين والكلوميفن :-

احداث البيض بالنونادوتروبين والكلوميفن

Ovulationsausloesung mit Gonadotropinen und Clomiphen

لدينا حالياً أربع طرق لاحداث الاباضة في معالجة العقم :

١ - المعالجة بالغونادوتروپين البشري :

آ - يستحصل من نخامة الانسان وهو غير مستعمل في التجارة

HHG=Human hypophysal gonadotropine

ب - يستحصل من بول المرأة بعد مرحلة سن اليأس

HMG=Human menopausal gonadotropine

ويؤدي استعماله الى نضج جريب غراف ومن مستحضراته

هومهغون و بهرغونال Humegon , Pergonal

ج - الغونادوتروپين الكوربوني Choriongonadotropin

HCG == Human chorionic gonadotropine

ويسمى ايضاً الغونادوتروپين المشيمي Plazentagonadotropin

ويستحصل من بول المرأة الحامل حيث يؤدي الى اطلاق البيضة من الجريب

الناضج والكائن في دور الانفجار ومن مستحضراته بريموغونيل بره دالون

Primogonil , Predalon

٢ - المعالجة بالكوميفن :

الكوميفن مركب عضوي يقوم تأثيره على الحث على افراز

الغونادوتروپين ومن مستحضراته دينريك Dyneric

٣ - المعالجة بالغونادوتروپين الحيواني :

آ - غونادوتروپين مصل الفرس

PMS pregnant mare Serum gonadotropine

ويستعمل بدلاً عن FSH ويؤدي الى انضاج جريب غراف ومن

مستحضراته آن ته ررن ، بره دالون Anteron , Predalon

ب - المستحضرات الغونادوتروپينية المستحصلة من نخامة الغنم او نخامة

الخنزير وتؤثر في إطلاق البضة ومن مستحضراتها فولستيمان .
(Arzneimittelwerke Dresden) Folistiman .

٤ - المعالجة بالهرمونات المبيضة (الاستروجين والگستاجين)

تعتبر المعالجة بالفونادوتروين البشري من أشد المعالجات تأثيراً
إلا أنها في نفس الوقت من أشدها خطراً .

تقوم المعالجة بالهرمونات المبيضة (الاستروجين -الگستاجين) والتي
ذكرنا طرقها سابقاً على التأثير على الغشاء المخاطي لبطن الرحم فتجعله أول الامر
في دور التنمي ثم تحوله الى دور الافراز وعند التوقف عن المعالجة ينقذف هذا
الغشاء مما يؤدي الى حدوث النزف فأساس هذه المعالجة اذاً هو تويض
الهرمونات المبيضة للمعدومة وهذا ما يؤدي الى احداث النزف من الغشاء
المخاطي لبطن الرحم .

إن تحريض وظائف البيض نتيجة لهذه المعالجة يستوجب تطبيقها
عدة شهور متتالية على أن يحدث في كل شهر بعد التوقف عن المعالجة نزف من
الغشاء المخاطي لبطن الرحم وهذا ما يسمى بالمعالجة لاحداث رد الفعل المحرض .
Reboundeffekt . وقد دلت التجربة على أن نجاح هذه الطريقة قليل
نسبياً في الوصول الى اطلاق البضة الا أن من أهم محسنات هذه الطريقة هو
خلوها من الاخطار التي يمكن أن تتعرض لها المرأة . لذلك يتوجب في كافة
الحالات التي نهدف في معالجتها الى اطلاق البضة تطبيق المعالجة بالهرمونات المبيضة
عدة شهور متتالية رغم أن المعالجة بالكوميفين والنونادوتروين لاطلاق البضة
أكثر أملاً بالنجاح لكنها في نفس الوقت أكثر خطراً على المرأة . وعلى هذا
الاساس تحظر المعالجة بالفونادوتروين والكوميفين في حالات اضطراب الطمث
وتطبق فقط في المعالجات التي تستهدف اطلاق البضة .

إن الهدف الوحيد في معالجة انعدام الطمث بالكوميفهن والفونادوترويين هو معالجة المقم ومن ثم أحداث الحمل اما اذا كان الهدف هو أحداث الدورات الطمثية فتعتبر هذه المعالجة خطرة عدا عن كونها ليست ضرورية ويكتفى لهذه الغاية بتطبيق المعالجة بالهرمونات المبيضية فقط .

كذلك يتوجب قبل البدء بالمعالجة بالفونادوترويين والكوميفهن معرفة سبب انعدام الطمث وبخاصة معاناة الفونادوترويين في البول لمعرفة الحالات التي لاجدوى من معالجتها مثل فرط الفونادوترويين، قصور البيض البدئي ، سن اليأس المبكر ، انعدام الغدد التناسلية أي انعدام المبيضين لان الفونادوترويين والكوميفهن ليس لهما تأثير في مثل هذه الحالات.

أخطار المعالجة بالفونادوترويين والكوميفهن

يتجلى خطر المعالجة بالفونادوترويين والكوميفهن بالشكاين التاليين

١ - الافراط في حث المبيضين

überstimilisierung der Ovarien

Haeufung von

٢ - الحمل المتعددة الاجنة

Mehrlingsschwangerschaften

الافراط في حث المبيضين :

على كل طبيب معالج أن يعرف امكانية حدوث اضطرابات عند المرأة تختلف

من حيث شدتها بحيث يمكن تصنيفها بالتدرج كما يلي :

آ - اذا كانت الاضطرابات خفيفة اي اذا كان ارتكاس البيضين خفيفاً تشمر المريضة بألم عند اجراء الفحص النسائي وضغط البيضين كما يشمر بضخامة خفيفة فيهما وليونة في قوامهما .

ب - ضخامة المبيضين : حيث يبلغ حجم البيض الواحد حجم بيضة الدجاج ولكن يصعب غالباً الشعور بهما عند الفحص ويشمر فقط بالألم الذي يحدثه المس المهلي الشروك بالجلس البطني .

ج - يصبح المبيضان كبسين ويبلغ حجم البيض الواحد حجم كرة المضرب بحيث يؤديان الى الشعور بالألم كما ترافق هذه الحالة غالباً بأعراض بطنية مثل (آلام شديدة وأحياناً تشنجية مع الشعور بالضغط في اسفل البطن ، ثنيان تجشؤ ، اقياء) . أما اذا بلغت هذه الكيسات البيضية حجماً أكبر من ذلك فقد تؤدي الى حدوث اعراض البطن الحادة .

د - الانفتال الذي يعتبر اختلاطاً خاصاً يرافق كيسات البيض عموماً وقد يحدث في احدى الكيستين المبيضتين كما يمكن أن تصاب احدهما بالتمزق الذي قد يؤدي الى انفتاح أحد الاوعية الدموية الكبيرة محدثاً نزفاً داخل جوف البطن وتستوجب هاتان الحالتان الانفتال او التمزق فتح البطن والمداخلة الجراحية .

هـ - يؤدي استمرار حث المبيضين بالإضافة لتكون الكيسات البيضية كما ذكرنا الى حدوث الحبن وانصباب الجنب وهذا ما يدعى بتناذر ماينس

Meigs Syndrom

(حبن + انصباب جنب + ورم مبيضي) ويمكن أن تؤدي هذه الحالة الى تكون صمامة دموية تعتبر من أهم الاختلاطات المميتة التي يمكن حدوثها .

المعالجة :

من المهم ان نعرف أن المعالجة في هذه الحالات ليست بالإجواء الى الجراحة كما في حالات البطن الحادة الاخرى بل يجب التريث وتطبيق المعالجة الدوائية عدا بعض الاشكال النادرة مثل الكيسات المنفتحة او الكيسات المتعزقة والمتراقة بنزف داخلي . هذا واذا افرغ الحبن من البطن فان انصباب الجنب يتراجع عفويًا وبسرعة وتراجع الكيسات البهضية أيضاً كما يعتبر في تناذر مايفس نقل البلازما ونقل الدم ضرورياً اذا ادى الحبن وانصباب الدم الى نقص في تيمه البدن عند المريضة .

نستنتج من ذلك كله ان المعالجة بالنونادوترويين والكلوميغفن يجب أن تكون تحت المراقبة التامة علماً بأن حالات الافراط في حث المبيضين تنجم عن المعالجة بالنونادوترويين أكثر مما تنجم عن المعالجة بالكلوميغفن. إن ارتكاس المبيضين بهذه المعالجة عموماً يتعلق بماملين الاول المقادير الدوائية المعطاة والثاني قابلية ارتكاس المبيضين بالنونادوترويين والكلوميغفن التي تختلف من مريضة الى اخرى لذا يجب البدء عند المعالجة بالمقادير القليلة .

الحمول المتعددة الاجنة :

قد تؤدي المعالجة بالنونادوترويين والكلوميغفن الى الحمل بأجنة متعددة نتيجة لنضج عدة أجنة في وقت واحد وبالتالي الى انطلاق عدة بيضات تصل في بعض الاحيان الى (٦ - ٧) بيضات في حال تلقيحها تنقلب الى أجنة . وحسب الاحصائيات تبلغ نسبة حالات الحمل المتعددة الاجنة ٥٠٪ من مجموع هذه الحالات باستعمال النونادوترويين البشري اما باستعمال الكلوميغفن فتكون النسبة فيها اقل من ذلك .

﴿ تناذر ما قبل الطمث ﴾

Praemenstruelles Syndrom

التعريف : يعني تناذر ما قبل الطمث الآلام الوصفية المصاحبة والموضعية التي تحدث في النصف الثاني من الدورة الطمثية وغالباً في الايام العشرة التي تسبق الطمث أي ما بين اليوم (١٨ - ٢٨) من ايام الدورة الطمثية وتزول هذه الآلام مباشرة بمجرد حدوث الطمث . يصادف هذا التناذر بشكل خاص لدى النساء في الفترة الزمنية الكائنة ما بين سن الاربعين والاربعين والذي يحدث فيه انقطاع الطمث Menopause

ليس لتناذر ما قبل الطمث أية علاقة مع عسرة الطمث

لذلك يتوجب على الطبيب ادراك الفرق ما بين هاتين الحالتين والجداول التالية يوضح هذا الفرق :

عسرة الطمث	تناذر ما قبل الطمث	
يحدث مع بداية دم الطمث أو قبله مباشرة	يحدث غالباً حوالي اليوم الثامن عشر - للدورة الطمثية	زمن البدء
تدوم فقط خلال أيام الطمث	تدوم ما بين اليوم الثامن - العاشر - الرابع عشر قبل الدورة الطمثية وبداية الطمث حيث تتوقف فجأة	دوام الآلام
آلام تشنجية في القسم السفلي من البطن وفي الظهر	تبقى الشكوى العامة والموضعية كما هي دون تميز	الشكاية

الاعراض :

آ - التغيرات النفسية وتشاهد بنسبة ١٠٠٪ من الحالات وهي العصبية (الترفة Nervositaet) ، الانفعال ، الانزعاج النفسي ، الهمود

ب - آلام الثدي وتشاهد بنسبة ٧٠٪ من الحالات وهي :
ضخامة مؤلمة في الثديين ، حس التوتر فيها ، آلام شديدة وصفية في
حلمة الثدي

ج - شكايات بطنية وتشاهد بنسبة ٥٠٪ من الحالات وهي :

انتفاخ في البطن ، شعور بالامتلاء ، احتقان في الحوض الصغير .

د - وذمات مع ازدياد الوزن وتشاهد بنسبة ٤٥٪ من الحالات وتكون
نتيجة لانجاس الماء

هـ - آلام راسية وتشاهد بنسبة ٣٠٪ من الحالات وتترافق احياناً مع
آلام الشقيقة

يصاب ٤٠٪ - ٦٠٪ من النساء بتناذر ما قبل الطمث وأغلبهن يعتبرن
ذلك أمراً طبيعياً وأهمية هذا التناذر اجتماعية أكثر منها طبية حيث تبدو خلاقات
عائلية او خلاقات اثناء العمل بسبب سرعة انفعال المرأة المصابة بهذا التناذر .

الامراض :

لم يتضح السبب الحقيقي لهذا التناذر بعد لكن الغالبية تعتقد أنه يعود
الى زيادة الفوليكيولين المطلقة او الى زيادته النسبية (اي أن كمية الفوليكيولين
طبيعية لكن كمية اللوتئين ناقصة) وزيادة الفوليكيولين تنتج إما عن زيادة
افرازه واما عن اضطراب تخربه في الكبد كما ان العامل النفسي يلعب دوراً هاماً
في اسباب هذا التناذر حيث اثبت الاحصاء وجود ضعف في المقوية العصبية

النباتية (اشتداد مقوية المصّب المهم) بنسبة ١٠٠٪ من النساء المصابات بهذا التناذر .

المعالجة :

يعالج هذا التناذر كما يلي :

آ- الحمية : وتقتصر على السوائل مع عدم اعطاء الملح وذلك في فترة ما قبل الطمث

ب- المهدئات : وتمطى المهدئات على اختلافها مثل بريسكوفن ، واقراص السهرازيل Briscophen , Serpasil tbl

ج- المدرات : مثلاً اعطاء جوب لازيكس Lazix حبة كل يومين
المعالجة الهرمونية : وهناك طريقتان لتطبيقها :

الطريقة الاولى :

وتقوم على اعطاء الجسّاجين عن طريق الفم بقصد اعادة التوازن الهرموني الى حالته الطبيعية في النصف الثاني من الدورة الطمثية .
الطريقة الثانية :

وتقوم على اعطاء مركبات الاوستروجين والجسّاجين مثل الحبوب المانعة للحمل بقصد ايقاف حدوث الاباضة وجعل الدورة الطمثية دورة لانااضية وتستمر هذه المعالجة عدة أشهر .

✽ عسرة الطمث ✽

Dysmenorrhoe

تعني عسرة الطمث الآلام الشديدة مع مجموعة الشكايات العامة التي تصاب بها المرأة اثناء الطمث .

وعسرة الطمث مرض يعود الى اسباب مختلفة لذلك يجب المتفحش عن السبب في قصة المريضة وعند اجراء الفحص النسائي .

هناك بعض الحالات التي لا يمكن فيها الوصول الى معرفة السبب الحقيقي اذ تلعب الجملة العصبية النباتية وخاصة الحالات النفسية دوراً هاماً في احداث عسرة الطمث .

تقسم عسرة الطمث حسب زمن حدوثها الى قسمين :

آ - عسرة الطمث البدئية :

وتبدأ الآلام فيها مع أول طمث تشاهده المريضة

ب - عسرة الطمث المتأخرة :

وتكون الطموث في بداية الامر طبيعية (قد يستمر ذلك عدة سنوات) ثم تصبح مؤلمة لذلك يمكن تسميتها أيضاً عسرة الطمث المكتسبة وتقسم عسرة الطمث ايضاً حسب اسبابها الى :

آ - عسرة الطمث العضوية :

Organisch bedingte Amenorrhoe

ب - عسرة الطمث الوظيفية :

Funktionell bedingte Amenorrhoe

عسرة الطمث المعضوية : يكون الالم فيها شديداً وتنتج عن الآفات التالية:

١ - التهابات :

مثل التهابات المالحقات والتهاب النسيج ما حول الرحم حيث تؤدي تقلصات الرحم وتحركه خلال الطمث الى احداث جرح مؤلم على النسيج والاعضاء المجاورة للرحم .

٢ - الاورام :

وخاصة الاورام المضلية الخلالية Intramürale Myome حيث يؤدي الطمث الى التوتر المؤلم في محفظة الورم أما في الاورام المضلية تحت المخاطية Submuköse Myome والمرجلات Polypen فالالم يكون بشكل قولنجات نتيجة لعاقة الورم او المرجل خروج دم للطمث من الرحم الى الخارج .

٣ - تضيقات مجرى عنق الرحم : Zervixstenosen

ويكون الالم نتيجة لهذا التضيق الذي يؤدي الى اعاقه خروج دم الطمث كما تكون هذه التضيقات نتيجة لتجريف رحمي او لالتهاب الرحم النفاسي او لتكون ندبة في عنق الرحم لسبب من الاسباب .

٤ - الاندوميتريوز او داء البطانة الرحمية : Endometriose

ويكون الالم شديداً ووصفياً وخاصة في الاندوميتريوز الداخلية ويرجع الالم الى التوتر المؤلم الذي يحدث في عقد الاندوميتريوز الكائنة في النسيج

المضلي للرحم ويجب الانتباه الى قصة المريضة التي تقودنا الى تشخيص
الاندومتريوز

وتعتبر عسرة الطمث في الاندومتريوز مثلاً نموذجياً لعسرة
الطمث المكتسبة او عسرة الطمث الثانوية

اذ ان النساء المصابات بالاندومتريوز يؤكدن دائماً بأن الطمث كان
طبيعياً وقد شعرن بالألم للمرة الاولى في نهاية المقد الثاني او بداية المقد
الثالث من العمر او بعد ذلك .

٥ - نقص النمو التناسلي : Genitale Hypoplasie

حيث يكون الرحم صغيراً ومنعطفاً الى الامام بزاوية حادة وقد
يكون أحياناً متوضعاً في الجانب الايسر من الحوض كما يكون المنق
ضيقتاً وطويلاً .

٦ - انعطاف الرحم الخلفي المتحرك :

Retroflexio uteri mobilis

غالباً ما كانت تعزى في الماضي عسرة الطمث الى هذه الحالة رغم أن
العلاقة بين عسرة الطمث ووضع الرحم لاتزال غير ثابتة والواقع ان انعطاف
الرحم الخلفي ليس أكثر من عرض جانبي لذا فان اللجوء الى المعالجة
الجراحية مباشرة عمل خاطيء اذ يجب البدء بمعالجة محافظة مركزة وقد جرب
اعطاء الجسّاجين فأمكن الوصول الى نتائج حسنة جداً. كما يمكن المعالجة
أيضاً باستعمال الكعكات من طراز Hodgepessare لجعل الرحم في وضع
طبيعي فاذا طبقت قبيل حدوث الطمث ليتقوم الرحم ويأخذ وضعا طبيعياً
وزالت عسرة الطمث دلنا ذلك على ان العملية الجراحية التي تجرى عادة
سوف تؤدي الى النتيجة المطلوبة اما اذا بقيت عسرة الطمث فمعناه ان العملية

الجراحية لن تغير شيئاً من حالة المريضة .

٧ - انطاف الرحم الخلفى الثابت Retroflexio uteri fixata

تطبق في هذه الحالة المعالجة الدوائية فإذا لم تؤد الى النتيجة المطلوبة يفكر عندئذ بالمعالجة الجراحية خاصة اذا كان ثبوت الرحم نتيجة لوجود الاندومتريوز في رتج دوغلاس .

٨ - تشوهات الرحم :

مثل الارحام ذوات الحجب السفلية Subseptus والارحام المصابة بضمور ما حول القرنين وغير ذلك من التشوهات .

عسرة الطمث الوظيفية :

تشمل عسرة الطمث الوظيفية عسرة الطمث المرافقة لآفات ما حول الرحم التشنجية وذلك في حالات ضعف المقاومة النباتية كما تشمل عسرة الطمث المرافقة لنقص تنسؤ الرحم Hypoplasia uteri وتختلف الآراء في تحليل اسباب عسرة الطمث الوظيفية فمنها ما ترجمها الى زيادة تقلصات الرحم ومنها ما ترجمها الى عدم انقذاف الغشاء المخاطي لباطن الرحم بشكل كامل ومنها ما ترجمها الى شدة تقبض الاوعية الدموية الرحمية الناجمة عن منشأ ودي الى غير ذلك من الآراء .

وحسب الخبرات القديمة يلاحظ ان عسرة الطمث الوظيفية التي لا تترافق بآفة ما في الممدد الصم تعنو للمعالجة الهرمونية فثلاً عند النساء المصابات بعسرة الطمث المترافقة بالاندومتريوز تؤدي معالجتهم بالحستاجين الى نتائج حسنة .

معالجة عسرة الطمث :

عسرة الطمث العضوية :

عسرة الطمث الوظيفية :

١ - الرحم ذو حجم طبيعي :

تؤكد الخبرات على ما يلي :

آ- في النساء المصابات بعسرة الطمث تكون الدورة الطمثية عندهن بشكل عام تقريباً دورة طمثية ذات زمنين أي دورة طمثية إباحية .

ب - النساء اللواتي تكون الدورة الطمثية عندهن ذات زمن واحد تندرصاتهن بعسرة الطمث .

ج - إذا حولت الدورة الطمثية الإباحية إلى دورة طمثية لا إباحية مدة تزيد عن (٣ - ٤) شهور في النساء المصابات بعسرة الطمث الوظيفية فإن للدورات الطمثية الأخرى التي تليها تكون في أغلب الأحيان طبيعية لا تترافق بأي ألم أما إذا فشلت هذه المعالجة وبقيت عسرة الطمث كانت عسرة الطمث عندئذ عضوية (ورم ، مرجل) وليست وظيفية .

والطريقة السهلة والبسيطة في تحويل الدورة الطمثية الإباحية إلى دورة طمثية لا إباحية تكون بإعطاء الحبوب المانعة للحمل حسب الطريقة المتبعة . وقد أدت هذه المعالجة إلى نتائج مرضية في معالجة عسرة الطمث الشديدة خاصة المرتبطة بالاندوميتريوز أو في عسرة الطمث الفشائية

Dysmenorrhoe membranacea

حيث يلتصق الغشاء المخاطي لباطن الرحم بشدة مع النسيج الرحمي ثم ينقذف قطعة واحدة بعد تقلصات رحمية شديدة ومؤلمة .

٢ - الرحم ناقص التنشؤ :

آ - تقـوم المعالجة كالمعالجة السابقة أي بتحويل الدورة الطمثية الاباضية الى دورة طمثية لاباضية .

ب - كما يمكن أن تقوم المعالجة على إحداث حالة الحمل الاصطناعي او ما يسمى بالحمل الكاذب وذلك بتطبيق الهرمونات بطريقة خاصة . هذا وبما أن الحمل الكاذب قد يترافق بآلام تشنجية خاصة ليلاً تعطى المريضة مضادات التشنج ويفضل أن تكون بشكل تحاميل شرجية .

ج - المعالجة العامة :

بما أن نقصـ التنشؤ الرحم علامة من علامات قصور البويض النباتي لذا يجب أن تتجه المعالجة العامة بالدرجة الاولى الى المعالجة بالرياضة والمعالجة المائية Hydrotherapie وتحسين شروط المعيشة وتنظيم الوضع النفسي لدى المريضة .



الباب الثالث

سن اليأس

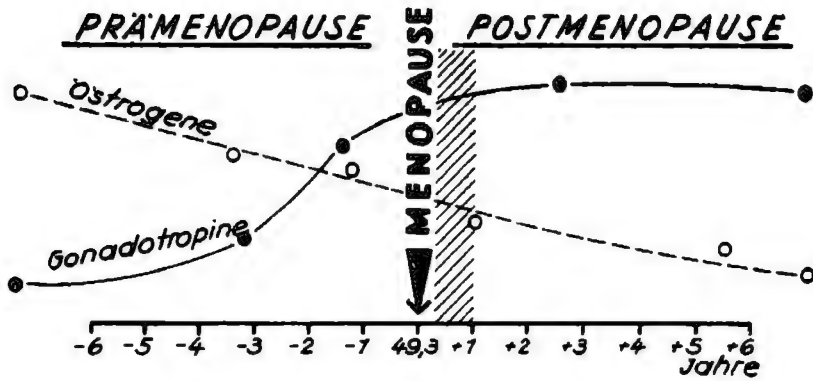
Klimakterium

يعتبر سن اليأس مرحلة طبيعية غير مرضية تمر فيها كل امرأة وقد حددت الجمعية العالمية لاتحاد أطباء الامراض النسائية والتوليد

FIGO (Federation internationale de gynecologie et d'obstetrique)

مفهوم سن اليأس بأنه المرحلة الزمنية الكائنة بين مرحلة النشاط التناسلي ومرحلة الشيخوخة . إن أهم ما يحدث في مرحلة سن اليأس هو الضعف الوظيفي للمبيضين بسبب تقدمها في السن أما مفهوم انقطاع الطمث Menopause فيعني الطمث الاخير الذي تشاهده المرأة . لذا وانطلاقاً من هاتين النقطتين سميت الفترة الزمنية من سن اليأس والتي تسبق انقطاع الطمث ، ما قبل انقطاع الطمث Praemenopause والفترة الزمنية التي تلي انقطاع الطمث حتى مرحلة الشيخوخة ما بعد انقطاع الطمث Postmenopause ولكي يعتبر الطمث أنه هو الطمث الاخير المقصود بمفهوم انقطاع الطمث Menopause يجب أن تعقبه فترة زمنية مدتها سنة كاملة لاتشاهد المرأة خلالها طمثاً ما وحسب كايزر ودالومه سنة ١٩٦٥ Kaiser und Daume (تدوم فترة سن اليأس ١٢ سنة تقريباً)

وتبدأ فترة ما قبل انقطاع الطمث ما بين سن ٤٠ - ٤٥ من العمر وتنتهي فترة ما بعد انقطاع الطمث بعد مرور ٦ - ١٠ سنوات على آخر طمث لذلك فان مرحلة سن اليأس تشمل فترة ما قبل انقطاع الطمث وآخر طمث وما بعد انقطاع الطمث . تلي مرحلة سن اليأس مرحلة اخرى هي مرحلة الشيخوخة Senium ويمكن تسميتها ايضاً فترة ما بعد الطمث المتأخرة وتبدأ عادة حوالي سن الستين .



الشكل (٧٠) : سن اليأس ، ما قبل انقطاع الطمث ، انقطاع الطمث ، ما بعد انقطاع الطمث كما تظهر نسبة انطراح الاوستروجين والنونادوتروبين حسب سن المرأة .

سن انقطاع الطمث :

يظهر انقطاع الطمث ما بين السنة (٤٨-٥٢) من العمر وتلعب جملة عوامل في سرعة أو تأخر ظهوره اهمها العامل الوراثي والوضع العائلي والجنس البشري والاقليم وعوامل خارجية اخرى . وقد لوحظ في المائة سنة الاخيرة أن زمن ظهوره قد تأخر عن السابق مدة سنتين وأن زمن النشاط التناسلي عند المرأة قد ازداد ايضاً .

أسباب سن اليأس :

لقد كان يعتقد في الماضي إن سن اليأس يعود الى تقدم المرأة في السن أي الى شيخوخة كافة أعضائها وقد ثبت اليوم ان السبب يعود الى شيخوخة المبيضين وإلى ما ينتج عن ذلك من تبدلات في الغدد الصم. وفي الجهاز العصبي النباتي اذ يقل ارتكاس المبيضين بالفونادوترويين شيئاً فشيئاً ولكن لم يعرف بعد هل يعود ذلك الى نقص في الجريبات الابتدائية او الى نقص في قابلية تأثر الاجربة بالفونادوترويين. ومن الثابت ان العمل الوظيفي للمبيضين يأخذ بالضعف شيئاً فشيئاً ثم يتوقف قبل بقية اعضاء الجسم الاخرى وقد اثبتت التجربة ذلك حيث تصاب النساء الشابات اللواتي يتعرضن الى استئصال المبيضين جراحياً او الى إزالة عملهما الوظيفي شعاعياً بنفس اعراض سن اليأس المعروفة .

التبدلات التي تحدث اثناء سن اليأس في المبيضين والغدد الصم والجهاز العصبي النباتي :

أ- في المبيضين :

يفقد المبيضان في مرحلة ما قبل الطمث شيئاً فشيئاً قابليتهما للتأثر بالفونادوترويين وتكون الدورات الطمثية غالباً دورات لااباضية حيث لا يتشكل فيها الجسم الاضر وتسمى هذه المرحلة مرحلة انهدام اللوتئين

Aluteines - Stadium

ومنذ بداية سن الاربعين حتى مرحلة انقطاع الطمث Menopause يتناقص انطراح الاوستروجين شيئاً فشيئاً ليصبح (٢٠ ميكروغرام في ٢٤ ساعة Mikrogramm / 24 h اي اقل من الكمية التي كان عليها في مرحلة النشاط التناسلي وبعد مرحلة انقطاع الطمث بتسعة شهور

تكون الكمية المطروحة في البول اقل من ذلك وبعد مرور سنة بعد انقطاع الطمث تصبح كمية الاوستروجين (١٠ ميكروغرام في ٢٤ ساعة) وتسمى هذه المرحلة مرحلة نقص الفوليكلين

Hypofollikulines Stadium

وبذلك يصبح الغشاء المخاطي غير فعال . وهكذا فان الاوستروجين يتكون في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث بالدرجة الاولى في الكظر ويتكون بكيات قليلة في البيضين المسنين ، وبعد مرور ٦ - ١٠ سنوات على مرحلة انقطاع الطمث تصبح كمية الاوستروجين المطروحة قليلة تعادل ما ينطرح منها في مرحلة الشيخوخة وتبلغ (٥ ميكروغرام في ٢٤ ساعة) وتسمى هذه المرحلة بمرحلة نقص الهرمونات بحيث يكون مجموع ما يطرح من الاوستروجين في مرحلة الشيخوخة اقل منها لدى الرجل .

اما كمية البرهغنانديول المطروحة في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث فهي قليلة وتبلغ وسطياً ١٦. ملغ في مجموع البول خلال ٢٤ ساعة .

ب - في الفص الامامي للنخامة :

في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث يزيد الفص الامامي للنخامة من افرازه للغونادوتروبين شيئاً فشيئاً بشكل يتناسب عكسياً مع العمل الوظيفي للبيضين وتبلغ كمية الغونادوتروبين ذروتها في السنوات الخمس الاولى التي تعقب مرحلة انقطاع الطمث ثم تأخذ بالتناقص تدريجياً في مرحلة الشيخوخة أما بعد استئصال البيضين جراحياً او ازالة عملهما الوظيفي شعاعياً فان النقص الامامي للنخامة يفقد قوته على تكوين الغونادوتروبين بصورة أسرع مما يحدث في مرحلة ما بعد الطمث .

ج - في الكظرين :

لاتؤثر مرحلة من اليأس على الوظيفة الخاصة للكظرين اذ أن نشاط الكظر لا يتوقف إلا بعد مرور ١٠-٣٠ سنة على مرحلة انقطاع الطمث Menopause . يلاحظ تناقص في ١٧ كهتوستهروئيد (17 KS) مع تقدم المرأة في السن حيث يصبح في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث أقل مما هو عليه في مرحلة النشاط التناسلي ويعود هذا التناقص الى أن جزءاً من ١٧ كهتوستهروئيد 17. Ketosteroide المائذ للبيضين كجزء من (١١ دهزوكسي - ١٧ كهتوستهروئيد) سيتناقص

11,Desoxy - 17-Ketosteroide

نتيجة لتوقف عمل البيضين . اما (١١ اوكسي - ١٧ كهتوستهروئيد) .

11,Oxy - 17- Ketosteroide

فيبقى انطراحه كما كان دون تغير لانه يعتبر من مجموعة ١٧ كهتوستهروئيد التي تنشأ من مادة الهيدروكورتيزون

Hydrokortisonstoffwechsel

التي تكاد لاتتأثر في مرحلة من اليأس .

إن لعلامات الاسترجال التي تشاهد في مرحلة الشيخوخة علاقة ظاهرية مع نقص انطراح الاندروجين Androgene الذي يحدث بعد مرحلة انقطاع الطمث اذ أن زيادة الاندروجين الكظري نسبة للاومسترجين وما ينتج عن ذلك بعد هذه المرحلة لاتزال تتطلب شرحاً وافياً علماً بأن توقف تكون الستهرروئيد في البيضين المسنين قد يترافق بنقص أو انعدام في تكون الاندروجين المبيض .

د - في الغدة الدرقية :

حسب ريلي سنة ١٩٦٤ Riley لم يثبت حدوث تغيرات في العمل

الوظيفي للغدة الدرقية في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث .

هـ - في الجهاز العصبي النباتي :

تحدث تبدلات في الجهاز العصبي النباتي بشكل مواز للتبدلات الحادثة في الغدد الصم أو أنها تكون نتيجة لها . والواقع أن الاضطراب الوظيفي للجهاز العصبي النباتي والذي يكون عادة بشكل نقص في مقبوتته **Dystonie** يتعلق بالتركيب البنيوي والنباتي للمرأة لذلك فإن الاعراض تختلف في شدتها من امرأة الى اخرى . ان ثلث النساء في سن اليأس لا يشترن بأيّة أعراض وثلث الآخر يشعر بأعراض خفيفة اما الثلث الثالث فيشعر بأعراض متوسطة الشدة او شديدة وتعود هذه الاعراض الى توسع الاوعية الدموية الجلدية لذلك ترتفع حرارة جلد الرأس والجهة والذراعين بينما تهبط في جلد الجذع والطرفين السفليين والشرج . تظهر هذه الاعراض غالباً بعد استئصال المبيضين في ٥٠٪ من الحالات وخاصة عند النساء الشابات اما نسبة ظهورها بعد تطبيق الاشعة على المبيضين فتكون غالباً حداثاً وسطاً بين نسبة ظهورها بعد استئصال المبيضين جراحياً ونسبة ظهورها في الحالات الطبيعية لسن اليأس . يعود الجهاز العصبي النباتي الى حالته الطبيعية بعد مرور عدة سنوات حيث يكون فيها الدماغ المتوسط قد اعتاد على نقص الاوستروجين وان ما تحت السرير البصري قد تلاءم في نفس الوقت مع النقص الوظيفي للغدد الصم كما أن التلاؤم مع الكميات الكبيرة للغونادوتروپين يمكنه ان يلبّ دوراً في عودة الجهاز العصبي الى حالته الطبيعية .

* تناذر سن اليأس *

Klimakterisches Syndrom = Menopausesyndrom

يقصد بتناذر سن اليأس مجموعة الآلام والاضطرابات التي تعانيها المرأة في مرحلة سن اليأس وتظهر هذه الاعراض في الاغلب في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث وتدوم عادة من ستة أشهر الى سنتين وقد تستمر من (٥ - ١٠) سنوات أيضاً .

يعتقد أن نقص أو انعدام الاوستروجين الذي يشابه عمل نظير الجملة الودية Parasympathikotrop سوف يؤثر في توازن الجملة العصبية النباتية ويحولها باتجاه العمل المشابه الى نظير الجملة الودية

Sympathikotrop

مما يؤدي الى احداث اضطراب في الدماغ المتوسط Diencephalon وليس بين هذه الاحداث وبين الاوستروجين علاقة صميمية حيث نفى أكثر الباحثين وجود العلاقة بين ازدياد طرح النونادوترويين وبين شدة أعراض سن اليأس الا أن هذا الموضوع لم ينته البحث فيه ولا يزال قيد الدرس .

اعراض سن اليأس :

تصنف هذه الاعراض سريريا في ثلاثة مجموعات كما يلي :
المجموعة الاولى : اضطرابات الجملة العصبية النباتية وهي الاعراض التي تشاهد غالباً : (الهبات الحرارية ، التمرق المفاجيء ، حس النمل في اليدين ،

شعور بالصمم ، خوارج الانقباض ، تسرع في القلب ، ارتفاع التوتر الشرياني ، صداع ، طنين في الاذنين ، حوادث الاغماء) .

المجموعة الثانية : الاضطرابات النفسية العصبية ، وهي اعراض نادرة :
(الانفعال ، فقدان المرح او الرغبة ، ضعف في الذاكرة ، ضعف في القدرة ، الارق وبعض الاضطرابات النفسية الاخرى مثل الهوس Manie أو الهود النفسي Melancolie والهستريا) .

المجموعة الثالثة : الاعراض الجسمية وتظهر متأخرة (ضمور الاعضاء التناسلية ، ضمور الثديين ، ازدياد شحم البدن ، تخلخل العظام ، التصلب العصيدي) Atherosklerose الاعتلال القضي التنكس

Degenerative Arthropathien

الميل للاصابة بارتفاع التوتر ، الميل للاصابة بالداء السكري) .

المعالجة :

تطبق المعالجة فقط للنساء المصابات بالاعراض الشديدة اسن اليأس وتبلغ نسبتهن من ١٠ — ٢٠٪ من مجموع الحالات .

آ - تبدأ المعالجة باعطاء المريضة فكرة واضحة عن موضوع سن اليأس وافهامها بشكل خاص انه حادث غريزي قر به المرأة وأن معالجته قد لا تؤدي إلا الى نتائج بسيطة .

ب - تؤدي الحمية الخاصة مع تغيير الجو والمعالجة بالمياه

Hydrotherapie

الى نتائج حسنة في الحالات الخفيفة كما تعطى ايضاً بعض الادوية المهدئة

والمسكنة مع الادوية الخفيفة والحافضة للضغط ويؤثر ذلك كله تأثيراً حسناً في تخفيف اعراض الجملة العصبية النباتية والاعراض النفسية .

ج - اما اذا فشلت المعالجة السابقة في إزالة أو تخفيف أعراض الجملة العصبية النباتية يلجأ عندئذ الى المعالجة الهرمونية باعطاء الاوستروجين او مركب الاوستروجين والجستاجين كل على حدة أو معاً ونادراً ما يعطى الاندروجين ايضاً وتصل نسبة الشفاء في تطبيق المعالجة الهرمونية الى ٩٠٪ من الحالات .

١ - المعالجة بالاوستروجين :

للمعالجة بالاوستروجين المديد Depot مساوىء تتمثل بقدرته على التأثير على النشاء المخاطي لبطن الرحم وحته على التنمي الشديد

Proliferation

مما يمرضه عند التوقف عن متابعة اعطائه الى الاصابة بالزف وهكذا فان هذه المعالجة التي تطبق بشكل دوري ومتظم سوف تؤدي الى زوف دورية ايضاً عند التوقف عن اعطاء العلاج . هذا ويمكن تطبيق المعالجة المذكورة حتى في الحالات التي يكون فيها الرحم مستأصلاً اما اذا استبدل الاوستروجين المديد بالاولستريول Ostriol او بالاوستروجين النهائي

Konjugierte Oestrogene

ويسمى الاوستروجين الخفيف او فاليريانات الاوستراديول

Oestradiolvalerianat

أو الاوستروجين الذي يعطى عن طريق الفم ، فان نتائج المعالجة تكون أفضل اذ أن تأثيرها على النشاء المخاطي لبطن الرحم ضعيف وبالتالي لن يؤدي التوقف عن اعطاء العلاج الى الزوف الرحمية ولكن اذا اعطيت مقادير عالية فقد تؤدي

الى نزوف انشاء المخاطي لبطن الرحم كما يحصل عند المعالجة بالاوستروجين
المديد . والمقصود بالاوستروجين النهائي Konjugierte Oestrogene
الاوستروجين المطروح في بول الفرس الحامل والذي اذا اعطي للمرأة ان يتطور
في عضويتها الى مواد اخرى لانه قد بلغ المرحلة النهائية في انتطور لهاذا فان
تأثيره على انشاء المخاطي لبطن الرحم ضعيف ومنه اطلق عليه اسم الاوستروجين
الضعيف كما ان للاوستروجين النهائي أو الى فالهريانات الاوسترايول تأثيراً على
الجهاز العصبي النباتي اذا اعطي بمقادير مناسبة وقد تؤدي هذه المقادير ايضاً
الى احداث النزوف الرحمية .

تستمر المعالجة الهرمونية عادة من (٤ - ٦) شهور ثم يتوقف اعطاؤه
او يثار عليه مدة اخرى ولكن بمقادير قليلة . اما في معالجة الاعراض الشديدة
لسن اليأس فان مقادير الاوستروجين التي يجب اعطاؤها تختلف من امرأة الى
اخرى وان فحص اللطاخة المهبيلة يمكن من تحديد الكمية التي يجب اعطاؤها
وكما ذكر سابقاً فان لهذه المعالجة مساوئ تمثل في احداث النزوف الرحمية
لذلك يجب اخبار المريضة عن امكانية اصابتها بثل هذه النزوف .

٢ - المعالجة بالاوستروجين والجستاجين كل على حدة أو معاً

في الستين اللتين تعقبان مباشرة مرحلة انقطاع الطمث تكون امكانية
حدوث النزوف الرحمية بعد اعطاء الاوستروجين كبيرة نسبياً لذلك ينصح
بشي رهمبل Pschyrembel سنة ١٩٦٨ للمعالجة في هذه الفترة باعطاء
الاوستروجين والجستاجين في زمنهما من الدورة الطمثية اي باعطاء الاوستروجين
في الزمن الاول أي في دور التنمي واعطاء الجستاجين في الزمن الثاني أي في
دور الافراز مما يؤدي الى احداث دورة طمثية اصطناعية كما يمكن اعطاء
مركب من الاوستروجين والجستاجين معاً فنحصل على نفس النتيجة .

٣ - المعالجة بمركب من الاوستروجين والاندروجين معاً :

إن تأثير الاندروجين بمقادير معينة على الجهاز العصبي النباتي معروف لكن اعطاء هذه المقادير تؤدي الى اصابة المرأة بالاسترجال وهذا ما يجب توضيحه للمريضة لذلك يفضل اعطاء الاندروجين بشكل مركب يتألف من الاندروجين والاوستروجين معاً لان وجود الاوستروجين قد يمنع حدوث الاسترجال ، والتأثير الجيد لهذا المركب يكون بتأثير الهرمونين معاً على ماتحت السرير البصري وعلى الجهاز العصبي النباتي ، ومنعاً لامكانية حدوث اعراض الاسترجال هذه يفضل ان لا تطبق هذه المعالجة إلا في الحالات النادرة التي تفشل فيها المعالجة بالاوستروجين فقط .

استطباب ومضادات استطباب في المعالجة بالاوستروجين او بالاندروجين او

بمركب الاوستروجين والاندروجين معاً .

١ - استطبابات الاوستروجين : اضطرابات الجملة المصبية النباتية ،

(المذكورة سابقاً في المجموعة الاولى من اعراض سن اليأس) اضطرابات جسمانية وبخاصة تخاخل العظام ، واحياناً اضطراب الاخلاط البدنية والاعتلال المفصلي المتناكس ، التهاب المهبل الشيخوي ، يومية الاشفاق مع الشعور الحكة فيها Kraurosis Vulvae واعراض الاسترجال نتيجة لاستعمال الاندروجين .

مضادات استطباب الاوستروجين بشكل مطلق :

سرطان الثدي وسرطانات الجهاز التناسلي ، اصابات النسيج الكبدي الشديدة .

مضادات استقلاب الاوستروجين بشكل نسبي :

الرجلات ، الورم الرحمي العضلي ، Myome داء بطانة الرحم
Endometriose قصور القلب مع الميل الى الاصابة بالوذمات

٢ - استقلابات الاندروجين او مركب الاوستروجين والاندروجين معاً :

الاضطرابات النفسية (المذكورة سابقاً في المجموعة الاولى من أعراض
سن اليأس) وخاصة الشعور بالهمود Depression فشل المعالجة
بالاوستروجين ، البرودة الجنسية ، الضعف العام ، الحالات التي يكون
الاوستروجين فيها مضاداً للاستقلاب (سرطان الثدي وسرطانات الاعضاء
التناسلية) حيث يفضل فيها المعالجة بالاندروجين .

مضادات استقلاب الاندروجين او مركب الاوستروجين والاندروجين معاً :

هي الاستراتيجية ومما يلاحظ ان بعض المؤلفين يرفضون المعالجة بالاندروجين
بشكل قاطع بسبب اعراض الاستراتيجية التي يمكن ان تؤدي اليها هذه المعالجة .

الاعراض المتأخرة لسن اليأس = الشيخوخة Senium

تمثل الاعراض المتأخرة لسن اليأس بضمور الاعضاء التناسلية والثدي
وتخاخل العظام Osteoporose ويضيف بعض الباحثين الى هذه الاعراض
أعراضاً أخرى مثل تصلب العصيدي Atherosklerose الذي يظهر
بشكل مختلفة مثل تصلب التاجي Koronarsklerose ، احتشاء العضلة
القلبية ، ارتفاع التوتر الشرياني بالإضافة الى السمنة الشديدة والاصابة بالداء
السكري والاعتلال المفصلي المتنكس والمزمن

Chronische Arthropathie

كما تتعرض النساء المتقدمات بالسن الى تسارع تخرب المواد الآحينية في البدن والى ازدياد في طرح الشوارد مثل الشوارد القلوية Kalium والشوارد الكاسية والشوارد الفوسفورية كما ان نسبة الكولسترول ترتفع في الدم . من الثابت أن اعطاء الاستروجين والادوية التي تزيد من الاستقلاب Anabolika أو البناء في البدن تمنع حدوث هذه التغيرات المذكورة اما الاعراض الموضعية لنقص الاوستروجين مثل التهاب المهبل الشيخى فانها تزول باعطاء الاوستروجين .

Osteoporose : تخلخل العظام

يعتبر نقص الاوستروجين في سن اليأس عاملاً جوهرياً في حدوث داء تخلخل العظام بدليل ان المعالجة بالاوستروجين توقف سير هذا الداء (عدم تزايد قصر القامة عند المرأة) . يحدث تخلخل العظام غالباً بين السنة (٥-١٠) ما بعد مرحلة انقطاع الطمث اذ تضعف القدرة على تجديد البناء العظمي بينما يبقى تخربه بنفس التسارع الذي كان عليه . تصاب الفقرات القطنية والظهرية في بداية الامر حيث تأخذ بعض الفقرات المصابة منظر قطعة البسكويت ويتقدم الآفة بزيادة الاحدياب الظهرية Kyphose مما يؤدي الى قصر القامة عند المرأة

الاعراض :

تشعر المرأة بالآلام ظهرية شديدة مع آلام مفصلية بشكل منقطع وقد تظهر نوبات المية ظهرية شديدة جداً لم يسبق للمرأة ان عانت مثلها .

لذلك يجب التفكير بتخلخل العظام لدى شكاوى المرأة من آلام حادة حذاء الفقرات الظهرية أو القطنية .

وقد ثبت وجود عوامل أخرى مشاركة لنقص الاوستروجين تمسود

الى التدد الصم وتؤدي جميعها الى حدوث تخلخل العظام مثل اضطراب السواد
الآحينية (تسارع تجربها) .

المعالجة :

معالجة تخلخل العظام :

ان تجدد بناء المادة العظمية بنجم عن هرمون الاوستروجين والاندروجين
فالاندروجين يسرع بناء الآحين (التأثير الاستقلابي)

Anabolewirkung

والاوستروجين يزيد في احتباس الكلس والفوسفات وبذلك تزداد القدرة في تجديد
البناء العظمي وتمطي المعالجة بشكل ثابت مدة ستة شهور اما في الحالات
الشديدة فتمطي مدى الحياة وفي النساء المصابات حديثاً بتخلخل العظام حيث
لم يمر زمن طويل على ظهور أعراض سن اليأس توقف المعالجة مدة اسبوع
كل (٣ - ٤) أسابيع خشية حدوث زف رحمي . وقد يكتفى في الحالات
الخفيفة من تخلخل العظام بالمعالجة بالاوستروجين مع مقادير بسيطة من الاندروجين
أما في الحالات الشديدة فيمطي الاندروجين بمقادير كبيرة ويفضل اعطاؤه
بشكل (بنائي أو استقلابي) Anabolika مثل بريوديان مديد

Primodian Depot

أو دورابولين Durabolin بالإضافة لذلك تنصح المريضة بحمية تحتوي
على ٣ غراما من الكالسيوم (حليب) مع ١٠٠ غراما آحين يوميا وأن
تجنب البقاء في السرير كثيراً وتنصح بالقيام ببعض التمارين الرياضية
للمعضلات الظهرية ويجب أن يأخذ الطبيب في الحسبان امكانية حدوث بعض
أعراض الاسترجال الخفيفة .

تؤدي هذه المعالجة الهرمونية الى زوال الاعراض التي تشعر بها
المرأة كما يثبت الفحص الشعاعي التكرار توقف الآفة لكن تراجعها لم يثبت الا في
بعض الحالات النادرة .

معالجة الاعراض الأخرى :

من الثابت سريريا ندرة حوادث احتشاء القلب عند النساء ما قبل سن اليأس ويحتمل أن لذلك علاقة بالاوستروجين لانه من الملاحظ ازدياد حالات احتشاء القلب وحالات القصور التاجي في مرحلة سن اليأس أي في مرحلة نقص الاوستروجين كما لوحظ ايضاً عودة الكولسترول والفوسفور الى نسبتها الطبيعية اذا عولجت المرأة بالاوستروجين اما علاقة ارتفاع التوتر والداء السكري والسمنة بالاوستروجين فانها لم تؤكد بعد رغم الملاحظة بأن المصابات بالسمنة عندما يلفن سن اليأس قد تزداد هذه السمنة عندهن . يعتقد بعض الباحثين أن معالجة أعراض سن اليأس بالاوستروجين صحيحة حيث أعطت هذه المعالجة نتائج أكيدة في معالجة تآكل العظام ويعتقد ايضاً بأنها قد تعطي نتائج حسنة في معالجة التصاب العصيدي والاعتلال القلبي المتكسر واضطراب الاخلط البدنية حتى أن البعض منهم يشير باعطاء الاوستروجين كمعالجة وقائية حتى اذا لم تكن هناك اعراض موجبة لهذه المعالجة . في حال اعطاء الاوستروجين مدة طويلة يتوجب اجراء الفحص النسائي بشكل منتظم خشية اصابة المرأة ببعض الامراض التي تعتبر مضادات للاستقطاب بالاوستروجين ولكن خلافاً لما يعتقد آخرون أصبح من المتفق عليه الآن أن الاوستروجين لا يعتبر من المواد السرطنة .

نزوف مرحلة سن اليأس ونزوف مرحلة الشيخوخة :

آ- نزوف مرحلة ما قبل انقطاع الطمث :

Praemenopauseblutung

إن أغلب النزوف التي تصاب بها المرأة في هذه المرحلة هي النزوف الوظيفية المنشأ نتيجة للاصابة بفرط التصنع الغدي حيث تكون اغلب الدورات

الطمثية من فوع الدورات الطمثية الاإابضية بسبب عدم انفجار جريب غراف
واقذف الببضة Follikelpersistenz وذلك نتيجة للاضطراب الوظيفي
الذي بطراً على المبيض . كما يمكن ان تكون هذه النزوف ايضاً من النزوف
المرضية المنشأ تعود بالدرجة الاولى الى المرجلات الرحمية وأورام الرحم العضلية
وسرطانات عنق الرحم اما سرطانات جسم الرحم فهي نادرة في هذه المرحلة
وحسب الاحصاءات الحديثة فان ٢٥٪ من النزوف المرضية ترجع الى الآفات
السرطانية بينما يعود القسم الاكبر من النزوف عامة الى فرط التصنع الفسدي
الكبيسي Glandulaere Zystische Hyperplasie

ب - نزوف مرحلة ما بعد انقطاع الطمث ونزوف مرحلة الشيخوخة Postmenopauseblutung und Seniumblutung

تعود اسباب نزوف هاتين المرحلتين الى ما يلي :

- ١ - حدوث دورة طمثية طبيعية
- ٢ - النزوف التي تعقب دورات طمثية لاابضية .
- ٣ - النزوف بسبب الاضطرابات الوظيفية نتيجة لعدم انفجار جريب غراف
او لتشكل الاورام المبيضية المفرزة للهرمونات
- ٤ - سرطان جسم الرحم (ونادراً بسبب الساركوم) Sarkom
- ٥ - سرطان عنق الرحم
- ٦ - المرجلات
- ٧ - اورام الرحم العضلية ما تحت الغشاء المخاطي
- ٨ - التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم

٩٠ - هجرة خلايا مجرى العنق الى ظاهر فوهة العنق Ektopie

١٠ - التهاب المهبل ، التهاب الاشفار ، جروح المهبل

١١ - سرطان المهبل ، سرطان الاشفار

١٢ - انتشار سرطان المبيضين الى جوف جسم الرحم ، سرطان البوق

١٣ - ارتفاع التوتر ، نزوف المثانة أو نزوف الامعاء

ومن الملاحظ ان امكانية عودة الدورة الطمثية الطبيعية في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث تختلف من امرأة الى اخرى وحسب رأي Schroeder سنة ١٩٥٩

R . Schroeder

يمكن للدورة طمثية أن تعود بعد مرور (٢ - ٣) سنة على مرحلة انقطاع الطمث كذلك يمكن للنزوف بسبب عدم انفجار جريب غراف او للنزوف التي تعقب دورات طمثية لا إباضية ان تحدث بعد مرور نفس الفترة الزمنية السابقة بعد مرحلة انقطاع الطمث اما النزوف الناتجة عن فرط التصنع الغدي والتي تحدث في سن متأخرة فقد تكون نتيجة لأورام مبيضية مثل الاورام الحبيبية المبيضية Granulosa - Zelltumors والاورام القشرية المبيضية Theka - Zelltumors كما يمكن ان تحدث النزوف بسبب فرط التصنع الغدي بعد المعالجة بالاوستروجين .

اما النزوف السرطانية فانها تشكل ٥٠٪ من مجموع نزوف مرحلة ما بعد انقطاع الطمث وتقدم السن ترجح نسبة نزوف سرطان جسم الرحم على نزوف سرطان عنق الرحم كذلك يمكن للاورام العضلية الرحمية في هذه المرحلة ان تكون سبباً في هذه النزوف نتيجة لانتشار النسيج الورمي داخل نسيج العضلة الرحمية ونظراً لكثرة حدوث الآفات السرطانية في مرحلة سن اليأس ومرحلة الشيخوخة فان من الواجب الامتناع بتاتا

عن معـالـجة نزوف هاتين المرحلتين معالجة هرمونية مباشرة بل يلجأ الى
اجراء الفحوص النسائية والنسجية وبخاصة الى اجراء طريقة التجريف
الرحمي المـجـزأ (اي تجريف جسم الرحم وتـجـريف مجرى العنق كلاً على
حدة واجراء الفحص النسجي للـمواد المـجـرفة)

واذا كانت النتيجة سلبية يتوجب اجراء فحص المثانة والمستقيم

إن كل نزف يصيب امرأة في مرحلة سن اليأس ومرحلة
الشيخوخة يعتبر نزفاً سرطاني المنشأ ما لم يثبت العكس .



الباب الرابع

العقم

Sterilitaet

تعريف :

العقم هو عدم الانجاب رغم ارادة الزوجين . ويمتد الزوج عقياً Steril اذا مضت عليه سنتان وكان الزوجان سليمين ولم ينجبا رغم رغبتها بذلك لذا يجب الاعتقاد بوجود سبب ما عند الزوج او الزوجة ادى الى هذا العقم فالعقم عند المرأة اذن يعني عدم القدرة على الحمل اطلاقاً

اما مفهوم Infertilitaet فقد عبرنا عنه بكلمة قحولة ونعني بها عدم القدرة على الاستمرار بالحمل حتى يصبح الجنين قابلاً للحياة .

فالمرأة القاحلة اذن Infertil قادرة على الحمل لكنها ليست قادرة على الاستمرار به حتى يصبح جنينها قابلاً للحياة حيث تصاب بالدرجة الاولى بالاجهاضات المتكررة او بالولادات المبكرة (الخداج) او بالحمل خارج الرحم التكرر او بموت الاجنة قبل ولادتها او بولادة اجنة غير قادرة على الحياة تموت بعد فترة من ولادتها .

لقد كان يمتد في الماضي ان اسباب العقم تعود الى المرأة فقط اما حالياً

فقد أصبح معروفاً أن ٣٠ - ٥٠٪ من حالات المقم تعود أسبابها الى الرجل وان ٤٠ - ٥٠٪ منها تعود أسبابها الى المرأة وما تبقى تعود أسبابها الى الزوجين معاً او الى أسباب لم تعرف بعد .
لذا :

في جميع حالات المقم يجب فحص الزوجين معاً .

يجب البدء بفحص الزوج أولاً فإذا وجد سالماً تفحص الزوجة إذلا فائدة من فحص امرأة زوجها عقيم .

كيفية سير الفحص في المقم :

إن أول ما يبدأ به معرفة قصة المريضة ثم فحصها بشكل عام جسماً ونفسياً ثم فحص الاعضاء التناسلية .

قصة المريضة :

تسأل المريضة بدقة وعناية عن الاشياء التالية :
السن الذي حدث فيه الطمث الاول Menarche ، الدورة الطمثية ، عسرة الطمث ، المحول السابقة ، الاسقاطات السابقة ، العمليات الجراحية التي تعرضت لها ، القاء نظرة على بطاقة التقويم التي تسجل عليها تاريخ طموئها وعلى ورقة الخط البياني لحرارة البدن الاساسية .

الفحص الجسمي :

تفحص المريضة فحصاً عاماً للتدرف على اجزئها وتسأل عن سوابقها المرضية وبخاصة الآفات الرئوية والتهابات الجنب وآفات الاعضاء التناسلية الساية

المنشأ وفي حال الاشتباه بوجود آفة ما تحال الى اختصاصي بالامراض الداخلية للتأكد من التشخيص . كما تلاحظ المريضة من حيث اصابتها بالسمنة او بالهزال الشديد او بالاستشمار او بغيره من علامات الاسترجال .

الفحص النفسي :

تلاحظ في المريضة علامات الانهك الشديد أو الانفعال العصبي أو الحالات التشنجية التي يمكن ارجاعها جميعاً الى الاضطرابات النفسية وإذا اقتضى الامر تحال المريضة الى اختصاصي بالامراض النفسية .

فحص الاعضاء التناسلية :

تفحص المريضة بالتأمل للتفتيش بشكل خاص عن علامات الاسترجال (الاستشمار ، ضخامة البظر) وعن علامات نقص تنشؤ الجهاز التناسلي (قلة أشعار العانة ، نقص غو الاعضاء التناسلية الظاهرة مظهر المعجان المحذب الذي يشبه الحوض Muldenfoermiger Damm) (حوض المفلة) وعن الآفات الالتهابية مثل التهاب الفرج ، الورم القنبيطي ، Kondylome ثم يوضع منظار المهبل ويفتش عن الحالات التالية :

آ - حالة جلد المهبل .

ب - حالة عنق الرحم (تمزق ايميت Emmet Risse) ويفحص بالمنظار المهبلي المكبر Kolposkopische Untersuchung

ج - مراقبة تبدلات عنق الرحم اثناء الدورة الطمثية (حجم عنق الرحم ، كمية وطبيعة الفرزات المخاطية لعنق الرحم)

د - فحص لطاخة مهبلية من الناحية الجرثومية

هـ - فحص لطاخة مهبلية من الناحية الخلوية (الهرمونية)

و- المس المهبل لمعرفة حجم الرحم وحالته (اورام الرحم العضلية ، تشوهات الرحم ، نقص تنشؤ الرحم ، انقطاع الرحم الخلفي الثابت او المتحرك) ولمعرفة حالة الملحقات هذا وفي حالة تمذر اجراء المس المهبل لسبب ما يجرى عندئذ تحت التخدير العام .

ز - بعد اجراء كافة الفحوص السابقة المذكورة تجرى الفحوص الوظيفية دورياً والتي قد تدلنا على اسباب العقم علماً بأنه يجب ابلاغ المريضة منذ البدء بأن هذه الفحوص تتطلب وقتاً طويلاً .

بالاضافة الى هذه الفحوص جميعها يجب الانتباه الى بعض النقاط المهمة في تشخيص العقم مثل سن المريضة ، العلاقة الزوجية ، مدة المحاولة في احداث الحمل ، ، توقيت الاتصال الجنسي ، تأثير البيئة .

السن والحمل :

يتبر من الاشرين السن الملائم للعمل ثم يضاف احتمال حدوثه بتقديم المرأة في السن وتصبح حسب بعض الاحصائيات كما يلي :

في سن الثلاثين يبلغ احتمال الحمل ٣٠٪ في سن الخامسة والثلاثين يبلغ احتمال الحمل ١١٪ في سن الاربعين يبلغ احتمال الحمل ٣٪
--

العلاقة الزوجية :

يجب التعرف على علاقة الزوجين ببعضهما مثلاً : هل يعيش الزوجان معاً؟ ثم التعرف على حياتهما الجنسية ، معرفة عدد الاتصالات الجنسية وتوقيتها ، ويقول فيكنتشر Fikentsher اننا نفحص ونعالج الزواج العقيم وليس الزوج العقيم او الزوجة العقيمة علماً بأن نسبة احتمال حدوث الحمل تضعف اذا لم

يشعر الزوج بعد مرور سنتين عليه .

الاتصال الجنسي والحمل :

يجب سؤال الزوجة عن توقيت الاتصال الجنسي لمعرفة مدى اطلاعها من حيث وجود أيام معينة للخصب وبأن البويضة لا تعيش الا بضعة ساعات تكون فيها قابلة للتلقيح وان الحيوانات المنوية تفقد قدرتها على الالقاح بعد مرور (٢ - ٣) أيام على انقذافها . لذلك يجب افهامها هذه الامور اذا كانت تجهلها واعلامها أن امكانية الالقاح تتحدد في فترة زمنية معينة تتعاق بانفجار جريب غراف وانطلاق البويضة .

اسباب وتشخيص ومعالجة القم :

أولاً - الاسباب المبيضة :

تؤدي الاضطرابات الوظيفية المبيضة غالباً الى القم ولا يقصد هنا بالاضطراب الوظيفي المبيضي ما يتعلق بالنسيج المبيضي وحده فقط بل يقصد ايضاً الاعضاء والاجزة المؤثرة في وظيفة البيض اي ما يتعاق بالـجـاز ماتحت السرير البصري - الفص الامامي للنخامة - المبيضين .

التشخيص :

آ - قياس حرارة البدن الاساسية :

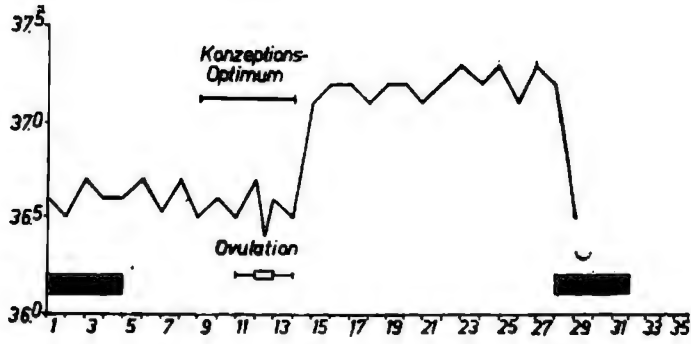
Basaltemperaturmessung

يعتبر قياس حرارة البدن الاساسية الطريقة المثلى للتعرف على طبيعة الدورة الطمثية حيث يطلب من المرأة ان تستمر في قياس حرارة البدن الاساسية طيلة ثلاث دورات طمثية متعاقبة وان تسجل قواريع الاتصالات الجنسية خلال

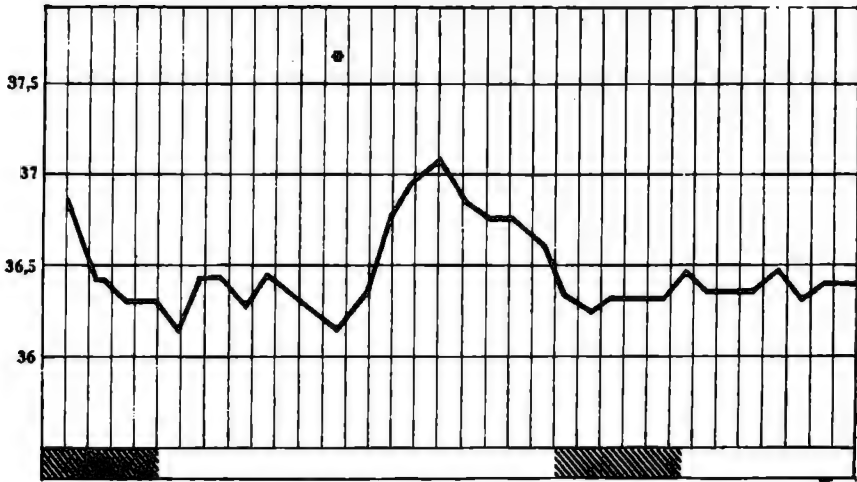
هذه الفترة فإذا كانت الدورة الطمثية عند هذه المرأة ذات ٢٨ يوماً يلاحظ أن ارتفاع الحرارة يبدأ منذ اليوم الرابع عشر وبذلك يتم تحديد الفترة الزمنية التي يمكن أن يحدث فيها الاقحاح إذ أن من الثابت أن انفجار جريب غراف يحدث قبل ١ - ٢ يوماً من ارتفاع الحرارة حيث تكون الحرارة في اغلب الأحيان قد هبطت الى ادنى مستوى وبما ان البيضة لاتعيش إلا بضع ساعات تكون فيها قابلة للتلقيح وأن الحيوانات المنوية لاتعيش إلا ٢ - ٣ ايام تكون فيها قادرة على الاقحاح لذلك فان فترة امكانية الاقحاح تتحدد في الايام الحمة التي تسبق ارتفاع الحرارة لذا تكون فترة الاقحاح بالنسبة للمرأة ذات الدورة الطمثية ذات ٢٨ يوماً ما بين اليوم التاسع واليوم الثالث عشر للدورة الطمثية لذلك تنصح هذه المرأة بأن يكون الاتصال الجنسي خلال هذه الايام الحمة يومياً أو كل يومين على الاكثر.

اما اذا لم يلاحظ أي ارتفاع في حرارة البدن الاساسية خلال الدورة الطمثية فتكون عندئذ الدورة هذه من نوع الدورة الطمثية اللاإباضية علماً بأنه يمكن ان تتخلل دورات طمثية بيضية دورة طمثية لاإباضية لذا يتوجب قياس الحرارة كما ذكر سابقاً طيلة ثلاث دورات طمثية متعاقبة اما اذا لوحظ ان اليوم الذي ترتفع فيه الحرارة قد تأخر بحيث أصبح مجموع الايام التي تكون فيها الحرارة مرتفعة اقل من عشرة ايام فن المرأة تصاب بالعقم نتيجة لقصور الجسم الاصفر.

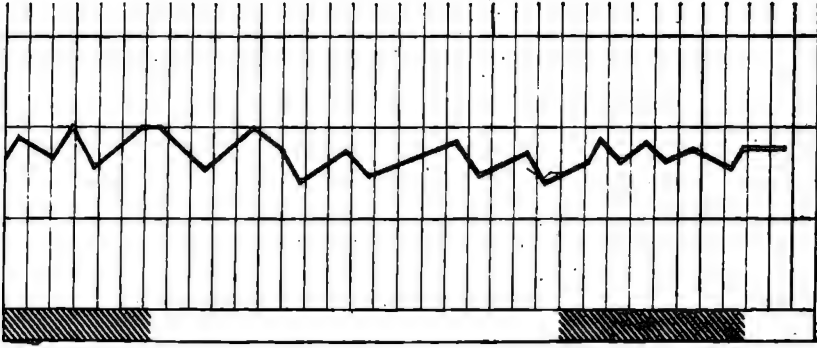
اذا نقص زمن الدور اللوتيني عن عشرة ايام عند امرأة
ما فيمضي ذلك انها مصابة بالعقم .



شكل ٧١ : الخط البياني الطبيعي لحرارة البدن الأساسية
في دورة طمثية ذات زمنين حيث يشاهد ارتفاع الحرارة ابتداء من
اليوم الرابع عشر من الدورة الطمثية



الخط البياني لحرارة البدن الأساسية بحيث يبدو قصر زمن الدور
الطمثية يعني ذلك إصابة المرأة بالمقم



الخط البياني لحرارة البدن الاساسية في دورة
طمثية لااباضية

وكما ذكر فان ارتفاع الحرارة يحدث غالباً في منتصف الدورة الطمثية أي منذ اليوم الرابع عشر أو قبل ذلك أو بعده بيوم أو يومين ولكن يلاحظ أحياناً أن هذه الحرارة تتذبذب منذ بداية ارتفاعها طيلة ما يقارب من اسبوع لتصل الى حدها الطبيعي وهذا ما يدعى ارتفاع الحرارة المتدرج

Treppenfoermiger Anstieg

الذي يدل على قصور نسبي في الجسم الأصفر ولا يعني هذا النوع من القصور إصابة المرأة بالعقم حتماً ولكن يلاحظ في كثير من الحالات أنها ترافق العقم .

ب - تشخيص وظيفة عنق الرحم :

يتعرض عنق الرحم لتبدلات وصفية قبل حدوث الاباضه نتيجة لتأثير الاوستروجين ولتشخيص هذه التبدلات يتوجب اجراء الفحص النسائي يومياً طيلة الاسبوع الثاني للدورة الطمثية حيث يلاحظ ما يلي :

١ - سمة فوهة عنق الرحم : تبقى الفوهة الظاهرة لتق الرحم في

الخروسات منقلبة حتى اليوم ١٠ - ١١ للدورة الطمثية ثم يتوسع شيئاً
فشيئاً لينفتح عند حدوث الإباضة :

٢ - ازدياد كمية المفرزات المخاطية لعنق الرحم

٣ - ازدياد لزوجة هذه المفرزات Spinnbarkeit

٤ - ازدياد شفوفيتها : Tranzparenz

٥ - السرخس او تكون اشكال تشبه نبات السرخس

Farnkrautphenomen

في لطاخة مأخوذة من مخاط عنق الرحم (توضع قطرة من مخاط عنق الرحم
على صفيحة ثم تمد وتترك لتجف وتفحص مجهرياً فتشاهد اشكال تشبه
نبات السرخس

ج - فحص خزعة من النشاء المخاطي لبطن الرحم :

تؤخذ خزعة من النشاء المخاطي لبطن الرحم في الاسبوع الاخير من
الدورة الطمثية (ما بين اليوم ٢٢ - ٢٦ للدورة الطمثية) ثم تفحص نسيجياً
ولانطوي نتيجة الفحص صورة حقيقية لوظيفة البويضات فحسب بل تعطي
أيضاً فكرة حقيقية عن النشاء المخاطي لبطن الرحم وامكانية تمشيش
الببضة الملقحة فيه . بالاضافة الى ذلك يمكن ذرع الرحم اثناء عملية أخذ
الخرعة .

د - اللطاخة المهبالية :

يمكن للفحص الخلوي للطاخة مهبالية أن يعطي فكرة صادقة عن الخلايا
الابتليالية للمهبل كما يمكن لهذا الفحص اذا كرر أن يسمح في نفس الوقت
بتأدية سير الدورة الطمثية وانه من الاهمية بمكان اجراء الفحص الخلوي
للطاخة مهبالية وتشخيص وظيفة عنق الرحم في وقت واحد وهذا مايسمى

اختبار - راوشر او الاختبار المتواقت

Simultantest nach Rauscher

وذلك بهدف تشخيص العقم او نفقته .

يمكن للحيوانات المنوية أن تتجاوز المفرزات المخاطية لعنق الرحم
لتدخل الى مجرى العنق اذا كان زمن ما قبل الاباضة
طبيعياً ولم يطرأ عليه اي اضطراب .

هـ - تنظير رتج دوغلاس وتنظير البطن :

يسمح تنظير رتج دوغلاس وتنظير البطن بالدرجة الاولى بالتعرف على
تبدلات البوقين كما يمكنها اعطاء فكرة عن حجم البيضين ومظهرهما الخارجي .
يفضل تطبيق هاتين الطريقتين في الاسبوع الثالث او الرابع للدورة الطمثية
اذ يمكن التعرف في نفس الوقت على الجسم الاصفر في حال وجوده وهذا
مايثبت حدوث الاباضة . توجد طرق اخرى ممتدة لدراسة الدورة الطمثية
منها معايرة المستهروثيدات الهرمونية وفحص افراز الفونادوتروين و١٧
كهتوستهروثيدات وكورتيكويثيد وكذلك بعض الاختبارات الهرمونية الاخرى.

الملاحظة :

تقسم الاضطرابات الوظيفية المبيضية المؤدية الى العقم الى عدة اشكال :
أ - الاباضة الاعتيادية المسبقة او المتأخرة (ويعني ذلك حدوث الاباضة
باستمرار قبل او بعد زمنها الطبيعي)

ب - اضطرابات الاباضة :

١ - الدورات الطمثية اللاإباضية

٢ - الاضطرابات الطمثية اللادورية المترافقة بعلامات تدل على ازدياد العمل الوظيفي المكثف

٣ - قصر دور الجسم الاصفر

٤ - الارتفاع التدريج لحرارة البدن الاساسية

ج - نقص تنشؤ الاعضاء التناسلية

د - الاشكال الاخرى لقصور البيضين

ففي معالجة الشكل الاول اي الاباضة الاعتيادية المسبقة او المتأخرة قد يكفي اعطاء بعض النصائح للزوجين للحصول على النتيجة المطلوبة اذ ان الامر لا يبدو أن يكون اضطراباً نسبياً عديم الفرر . أما اذا كان ارتفاع حرارة البدن يبدأ منذ اليوم التاسع او العاشر للدورة الطمثية او قبل ذلك فان احتمال حدوث الالقاح بالنسبة لايام الدورة يكون اكر مما هو عليه في الحالة الطبيعية (والحالة هي تمدد الطموث لدورات طمثية ذات دورين يكون الدور الفوليكليني فيها قصيراً) . اما في النساء اللواتي يحدث ارتفاع حرارة البدن عندهن ما بين اليوم ١٦ -- ٢٢ للدورة الطمثية فان احتمال امكانية حدوث الالقاح يكون متأخراً عما هو عليه في الحالة الطبيعية (والحالة هي ندرة الطموث لدورات طمثية ذات دورين)

ومما تجدر ملاحظته في حالات الاباضة الاعتيادية المتأخرة مدة ارتفاع الحرارة فاذا كانت هذه المدة لا تقل عن عشرة ايام فالحالة طبيعية اما اذا كانت أقصر من ذلك فتصبح المعالجة ضرورية . كما يتوجب تطبيق المعالجة ايضاً في حالات اضطرابات الاباضة ، نقص تنشؤ الاعضاء التناسلية الاشكال المختلفة لقصور البيضين مثل (انعدام الطمث البدئي وانعدام الطمث الثانوي)

ثانياً - الاسباب البوقية :

تؤدي غالباً التبدلات التي تصيب البوقين الى العقم اذ يلعب البوقان دوراً كبيراً في عملية التقاط البيضة ونقلها وعملية الالقاح نفسها . تخضع حركة البوقين وعملها الافرازي الى مؤثرات هرمونية وعصبية هذا وان اقل اضطراب يصيبها سوف يؤدي الى صعوبة في الالقاح ويعتبر انسداد البوقين من أهم هذه الاضطرابات وهو ينجم عن اسباب مختلفة اهمها :

آ - التهابات الملحقات (بجرائيم عنيفة ، بالمكورات البنية ، بالمصببات السلية وذلك بعد اسقاطات غير عقيمة او بانتقال التهاب الزائدة الدودية الى الملحقات)

ب - داء البطانة الرحمية او الاندومتريوز Endometriose (خاصة لدى النساء اللواتي تجاوزن سن الخامسة والثلاثين)

ج - انعدام او نقص تنشؤ البوقين (مثلاً البوقان الطويلان المتعرجان في حالة نقص تنشؤ الاعضاء التناسلية حيث تكون لمسا البوقين ضيقتان مما يسهل اصابتها بالانسداد)

د - اتصاقات البوقين بما يجاورهما او انعدام حركة جدرهما نتيجة للالتهابات المجاورة قد تؤدي الى صعوبة في الالقاح .

تشخيص انسداد البوقين :

تعتبر الطرق المتبعة في فحص نفوذية البوقين من الاعمال الخاطئة لذلك لا يلجأ اليها في تشخيص العقم إلا بعد ان تستنفذ كافة الطرق الاخرى هذا وقبل تطبيقها يتوجب مراعاة عدة شروط اهمها :

آ - التأكد من عدم وجود أية حالة التهابية في الاعضاء التناسلية

ب - التأكد من عدم وجود آفة سلية في الاعضاء التناسلية

ج - مراعاة شروط التقيم عند تطبيقها

طرق تشخيص نفوذية البوقين :

- ١ - نفخ البوقين
- ٢ - التصوير الشعاعي للرحم والبوقين
- ٣ - تنظيف رتج دوغلاس وتنظير البطن
- ٤ - فتح البطن الاستقصائي
- ٥ - بعض الطرق الاخرى القليلة الاستعمال

نفخ البوقين : perturbation

يقوم نفخ البوقين على اساس نفخ غاز الفحم CO_2 من عنق الرحم وتحت ضغط معين عبر الرحم والبوقين فاذا كان البوقان نافذين انتقل الغاز الى جوف البطن ويلاحظ عندئذ هبوط ضغط الغاز الذي حدد من قبل وتحدد درجة الهبوط مقدار نفوذية البوقين أما اذا كان البوقان مسدودين فيبقى ضغط الغاز كما كان قبل الحقن . والجهاز المستعمل حالياً هو الجهاز المطور حسب فيكنتشر وزه م Fikentscher und Zemm سنة ١٩٦٠ - ١٩٦٤ حيث يمكن بواسطته اعطاء الغاز تحت ضغط وكمية معينتين ، كما يمكن تسجيل ضغط الغاز بشكل يباني على ورقة مثبتة فيه . يتميز هذا الجهاز عن جهاز تصوير الرحم والبوقين حسب شولتز Schultze الذي قد يؤدي الى الوقوع في الخطأ في تعيين مكان الانسداد كما أن الملقط الذي يثبت بواسطته عنق الرحم حسب جهاز شولتز يؤدي دائماً الى جرح فوهة العنق .

تطبق عملية نفخ البوقين في فترة ما قبل الاباضة اذ كثيراً ما يحدث الالتصاق بعد عملية النفخ مباشرة ، اما اذا طبقت في الدور الثاني من الدورة

الطمثية (الدورالوتةثني) فان ذلك قد يعرض هجرة جزء صغير من الفشاء المخاطي لبطن الرحم الى مكان آخر وتكون الاندومتريوز كما يعرض محصول الحمل للخطر في حال وجوده هذا وقد يكون لنفخ البوقين قيمة علاجية اذ قد يؤدي الى فك بعض الالتصاقات الخفيفة المكونة داخل لمعة البوقين والمعيقة لحدوث الحمل .

التصوير الشعاعي للرحم والبوقين :

Hysterosalpingographie

يعطي التصوير الشعاعي HSG للرحم والبوقين صورة واضحة عن جوف الرحم وبطن البوقين هذا ولنفس الاسباب التي ذكرت في نفخ البوقين يجب اجراء عملية التصوير الشعاعي في فترة ما قبل الاباضة أي بين اليوم ٩ - ١١ من الدورة الطمثية اذ أنه في حال تطبيقها في الدور اللوتةثني بالإضافة الى خطر تعرض الانسجة للأشعة هناك احتمال تعرض محصول الحمل الى الخطر اذا كان موجوداً .

يمكن بواسطة التصوير الشعاعي تشخيص انسداد البوقين وتحديد مكان هذا الانسداد كما يمكن معرفة وضع الرحم وحجم وحالة جوف الرحم حيث يمكن تشخيص تشوهات الرحم والاورام المصليّة تحت المخاطية والمرجلات . يظهر الرحم في الارحام الطيمية بشكل مثلث والبوقان الطريان على الجانبين كما يظهر جزء من المادة الظليلة داخل جوف البطن . اما اذا كان البوقان مسدودين فيظهران بشكلين متميزين :

الشكل الأول : ويكون الانسداد في بداية لمعة البوق (في القسم الانسي (= الخلائي) او في القسم المتوسط (= البرزخي)

Institiller und isthmische Verschluss

الشكل الثاني : ويكون الانسداد في نهاية لمعة البوق اي في القسم

الوحي منه . (الانسداد الميواني) Ampullaerer Verschluss
 إن للتصوير الشعاعي نفس القيمة العلاجية لنفخ البوقين إذ قد يؤدي
 أيضاً الى فك بعض الالتصاقات الخفيفة الموجودة داخل لمعة البوقين مما
 يؤدي بالتالي الى حدوث الحمل .



الشكل ٧٤ : تصوير الرحم والبوقين الشعاعي
 ويظهر هذا الشكل نفوذية البوقين ووجود المادة الظليلة في البطن



الشكل ٧٥ : انسداد البوق الايسر عند بداية
المنق أي في القسم الانسي من البوق ويكون الانسداد
هنا إما في القسم الخلائي او في القسم البرزخي



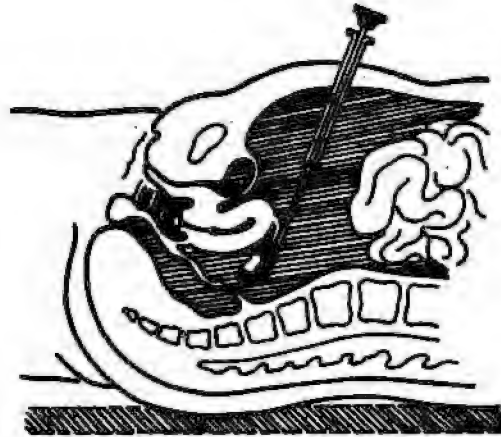
الشكل ٧٦ : تصوير الرحم والبوقين الشعاعي
ويظهر الانسداد في الجانبين في نهايتي البوق اي الانسداد
الصيواني في الجانبين

تنظير رتج دوغلاس وتنظير البطن

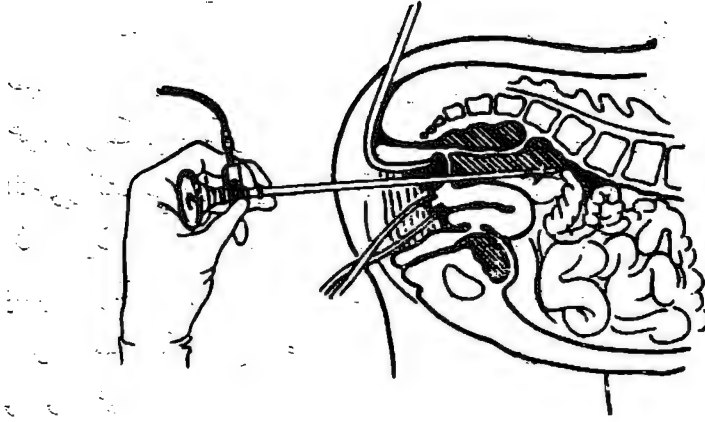
Douglasskopie und laparoskopie

تستعمل هاتان الطريقتان في فحص الاعضاء الموجودة في جوف البطن
وبالنسبة لتشخيص بعض الامراض النسائية فانها تمكننا أيضاً من فحص
الاعضاء الباطنة للجهاز التناسلي والمنظار المستعمل يشبه الى حد ما منظار

الثانية في تنظيف رتج دوغلاس تأخذ المريضة وضعية السجود ويدخل المنظار في الجدار الخلفي لقاع المهبل اما في تنظيف البطن فتكون المريضة مستلقية على ظهرها ويدخل المنظار من جدار البطن وفي كلتا الطريقتين تخدر المريضة تخديراً عميقاً . وبمكس ما ذكر بالنسبة للزمن الذي يتوجب فيه تطبيق نفخ البوقين او التصوير الشعاعي للرحم والبوقين فان تطبيق تنظيف رتج دوغلاس وتنظيف البطن يجب ان يكون في الدور الثاني من الدورة الطمثية اذ بالإضافة الى فحص البوقين يمكن معرفة حجم المبيضين وشكلها السطحي ورؤية الجسم الاصفر في حال تكونه مما يمكننا من اخذ فكرة صحيحة عن العمل الوظيفي للمبيضين . وللتعرف على نفوذية البوقين يمكن حقن ازرق الميثيلين Methylen او مادة ملونة اخرى في قناة عنق الرحم حيث يمكن بعد فترة مشاهدتها عند خروجها من البوقين الى جوف البطن اذا كان البوقان نافذين . تفيد هاتان الطريقتان أيضاً في تشخيص الحمل خارج الرحم .



(الشكل ٧٧) : تنظيف البطن Laparoskopie



(شكل ٧٨) : تنظير رتج دوغلاس Douglasskopie

فتح البطن الاستقصائي : Probelparotomie

ينصح بيكنباخ ودورينغ Bickenbach und Doering سنة ١٩٦٤ بأجراء فتح البطن الاستقصائي في بعض الحالات المينة وبخاصة الحالات المترافقة بضخامة الملحقات والاستغناء بتاتا فيها عن طرق فحص نفوذية البوقين كما ينصحان ايضاً بأجراء فتح البطن الاستقصائي اذا فشل تشخيص وظيفة البوقين .

الطرق الاخرى المتبعة في فحص نفوذية البوقين :

من هذه الطرق طريقة تسمى اختبار شبيك Speck - test بحيث يحقن في الرحم ١٠ ميليليتراً من محلول فونول سولفون فتالهين Phenolsulfonphtalein 10 Ml فاذا كان البوقان نافذين انتقلت هذه المادة الى جوف البطن حيث يتصها

البريتوان بسرعة مما يمكن كشفها بعد نصف ساعة في البول الذي يصبح قلوياً وملوناً .

المعالجة :

تختلف معالجة العقم الناجم عن اسباب بوقية باختلاف السبب .

أ - اذا كان انسداد البوقين ناتجاً عن آفة سلية فيها (تكشف عصيات كوخ في دم الطمث) فالمعالجة لا تختلف عن معالجة الآفات السلية بشكل عام .

ب - المعالجة المحافظة : تطبق هذه المعالجة في الحالات الالتهابية التي تصيب البوقين والتي لا يزال هناك أمل في تراجعها وارتشافها حيث تطبق مضادات الحيوية وحدها أو أن تشارك مع مركبات الكورتيزون مثل البره دنيزون وبره دنيزولون Prednison , Prednisolon
أما إذا أدت هذه الالتهابات الى تكوين نسيج ندبي في المحقات وانسداد البوقين فالمعالجة هذه تكون فاشلة .

وأما في الحالات التي يكون فيها البوقان طوبايين ورفيين ومترجين حيث تكون لمعاتهما ضيقتين فالمعالجة هي نفس معالجة الحالات التي تكون فيها الاعضاء التناسلية مصابة بنقص التنشؤ .

ج - حقن البوقين : من المعروف ان لنفخ البوقين قيمة علاجية اذ قد يؤدي الى فك الالتصاقات الخفيفة داخلها وعلى هذا الاساس فقد استمض عن غاز الفحم بحقن سائل يحوي على خمائر تريسينيه مع مضادات الحيوية ومركب البره دنيزولون تحت ضغط معين عبر الرحم الى داخل البوقين وقد طور فيكنتشر

Fikentscher

سنة ١٩٦٦ هذه الطريقة الى طريقة اسمها طريقة حقن البوقين الطويلة الامد

حيث يحقن السائل المستعمل تحت ضغط ١٠٠ - ٢٠٠ ميللييتر على أن يبقى مدة (١٠) ساعات في الرحم والبوقين .

د - المعالجة الجراحية :

تختلف المعالجة الجراحية باختلاف مكان الانسداد :

١ - الانسداد في القسم الوحشي للبوقين : اذا كان الانسداد نتيجة لانسداد الصيوان اما بمحدوث بعض الالتصاقات مع ماحوله أو بالتصاق الاهداب مع بعضها البعض فالمعالجة الجراحية هنا تقوم على تحرير الصيوان

Salpingolysis

بفك هذه الالتصاقات او تحرير الاهداب عن بعضها البعض وتتراوح نسبة النجاح في هذه العملية بين ١٠ - ٥٠٪ اما اذا اضطر الجراح الى استئصال الصيوان

Salpingostomie

ثم الى اجراء عملية تصنيع فوهة البوق

Salpingo - Stomatoplastik

حسب العملية الجراحية المعروفة فتتراوح نسبة النجاح عندئذ بين ٥ - ٢٠٪ .

٢ - الانسداد في الثلث المتوسط للبوق :

في هذه الحالة يستأصل القسم المسدود من البوق وتعمل مفاغرة بين منطقتي الاستئصال (مفاغرة نهاية الى نهاية) ونسبة النجاح في هذه العملية ضئيلة .

٣ - في القسم الانسي للبوق :

في هذه الحالة يستأصل القسم المسدود وتجري عملية زرع البوق

في الرحم Tubenplanintation فإذا كان الصيوان والقسم المتبقى من البوق سليمين فإن نسبة النجاح في هذه العملية تتراوح بين ٨-٤٠٪

٤ - انعدام البوقين :

إذا كان البوقان منعدمين (نتيجة لحول بوقية متكررة او لآفة سلية في البوقين) فتجرى عملية زرع المبيضين في الرحم وتكون نسبة نجاح هذه العملية أقل من (٤٠٪) وينصح الكثيرون بعدم اجراء هذه العملية بسبب الاختلاطات التي قد تنتج عنها (آلام ، زوف) .

من هذا كله يتوجب على الطبيب الجراح أن يوضح هذه الامور للزوجين ويبين لهما نسب النجاح الضئيلة التي يحصل عليها والتي تبلغ حسب احصاءات دورينغ Doering سنة ١٩٦٦ من ١٥-١٨٪

ثالثاً - الاسباب الرحمية :

آ - نقص تنشؤ الرحم : Uterushypoplasie يعزى نقص تنشؤ الرحم الى نقص الهرمونات المبيضية في دور النشاط التناسلي . اذن يعود سبب المقم هنا الى اضطراب وظيفة المبيضين وهذا ما تم ذكره عند بحث الاسباب المبيضية للمقم . ولكن هناك حالات من حالات نقص تنشؤ الرحم يكون الانعطاف الامامي شديداً بحيث يشكل زاوية حادة ما بين جسم وعنق الرحم أو أن يكون عنق الرحم طويلاً نسبياً بينما يكون جسم الرحم صغيراً لذلك تترك معالجة هذه الحالات الخاصة الى رأي الطبيب الاختصاصي .

ب - تشوهات الرحم : Missbildungen des Uterus

تؤدي تشوهات الرحم مثل الرحم ذو اللجام

Uterus Subseptus

والرحم ذو القرنين Uterus bicornis وغيرها من التشوهات الى التحولة Infertilitaet (أي الى الاسقاطات أو الخداج) ونادراً الى العقم . وتكون المعالجة جراحية بإزالة التشوه وحسب احصائيات شتراسمان Strassmann سنة ١٩٦٦ التي اجراها على ٢٦٣ عملية جراحية لازالة التشوه نجحت ١٧٠ حالة منها واستمرت المرأة في حملها حتى تمامه .

ج - اوضاع الرحم السيئة : Lageanomalien

لا يؤدي الانعطاف الخلفي للرحم Retroflexio Uteri بالضرورة الى العقم اذ أن كثيراً من النساء المصابات بسوء الوضع هذا قد حملن بسهولة عدة مرات . والواقع ان العقم لدى قسم كبير من هؤلاء النسوة المصابات بالانعطاف الخلفي للرحم لا يعود الى هذا الانعطاف بل الى اسباب أخرى مرافقة أما الفكرة القديمة القائلة بأنه في حالة الانعطاف الخلفي للرحم يزول المجمع المنوي Receptaculum seminis او الجراب المنوي الموجود في القسم الخلفي من جوف المهبل مما يؤدي الى منع حدوث الحمل فقد ثبت خطأها . والحقيقة أن اوضاع الرحم السيئة بشكل عام تؤثر في حركة البوقين بحيث تعيق آلية النقاط البوقين اما في حالات العقم المرافقة بالانعطاف الخلفي للرحم والتي لم تكشف فيها اسباب العقم رغم كافة الفحوص التي يتوجب اجرائها يمكن عندئذ أن يعزى هذا العقم الى الانعطاف الخلفي للرحم فتوجه المعالجة الى تقويم هذا الانعطاف مشريطة ان يكون الرحم متحركاً Retroflexio mobilis وذلك إما بوضع كمكة رحيمة او بتقصير الرباطين المدورين للرحم حسب طريقة الكسندر آدامس

Alexander - Adams

او غيرها من الطرق الجراحية . اما اذا كان الرحم ثابتاً

Retroflexio fixata

بحيث لا يمكن تقويمه أو إذا اعتقد أن أسباب العقم هي أسباب بوقية فمن الأفضل إجراء فتح البطن الاستقصائي .

د - أورام الرحم :

تلمب أورام الرحم المصليّة Myome الدور الأكبر بالنسبة لمجموع الاورام الرحمية في احدث العقم كما يمكنها أن تؤدي الى الفحولة وذلك بتصغيرها جوف الرحم أو بشوويه فلا يستطيع محصول الحمل الاستمرار حتى نهاية الحمل وتعرض المرأة الى الاسقاطات المتكررة أو الى الخداج . تشخص هذه الاورام بالمس المهبلي أما الاورام تحت المخاطية فتشخص بالمس المهبلي وبالتصوير الشعاعي للرحم وقد يكفي في معالجة الاورام تحت المصليّة والاورام الخلالية باستئصالها فقط دون الحاجة الى استئصال الرحم

هـ - تبدلات الغشاء المخاطي لبطن الرحم :

الى جانب تبدلات الغشاء المخاطي لبطن الرحم لأسباب هرمونية (قصور الحميم الاصفر) تلمب التهابات الغشاء المخاطي السلية دوراً كبيراً في العقم . والآفات السلية عموماً تختلف نسبتها باختلاف البيئة والحياة الاجتماعية إلا أن الاحصاءات المعطاة بشكل عام بالنسبة لالتهابات الغشاء المخاطي لبطن الرحم السلي تتراوح بين ٢ — ١٠٪ لذلك وفي كافة حالات العقم يجب فحص دم الطمث مرتين على الأقل لتحري المصبات السلية قبل إجراء اي فحص لمعرفة نفوذية البوقين .

يؤدي تجريف الرحم العنيف في بعض الحالات الى ازالة الخلايا القاعدية للغشاء المخاطي لبطن الرحم وبالتالي الى التصاق جداري الرحم ببعضها الذي يؤدي بدوره الى العقم حيث تصاب المرأة اما بنقص في دم الطمث أو بانسداد الطمث الثانوي هذا وتبدي الصورة الشعاعية للرحم

الذي التصق جداراه منظرًا وصفيًا لهذه الحالة .
رابعاً - الأسباب المنقية :

تقسم الأسباب المنقية المؤدية الى المقم الى قسمين :

القسم الاول : تبدلات المنق التشريحية

القسم الثاني : اضطرابات المنق الوظيفية

أ - تبدلات المنق التشريحية :

في حالات المقم عامة يجب الانتباه مباشرة أثناء الفحص الى حالة القسم
المهبلي لمنق الرحم Portio vaginalis الذي يمكنه أن يكون سبباً في
المقم مثل انفتاح الفوهة الظاهرة لمنق الرحم

Klaffende Muttermund

تمزق ايمت Emmetscher Riss ، تهاول المنق ،

Elongatio Cervicis

التبدلات الخلوية على الحدود الكائنة بين الخلايا الابتليالية السطحية والخلايا
الاسطوانية ، الاكتوبيا (هجرة خلايا الاسطوانية الى مكان الخلايا الابتليالية
السطحية) Ektopie أو منطقة التحول أي (عودة الخلايا الابتليالية من جديد
فوق الخلايا الاسطوانية المهاجرة)

Umwandlungszone

حيث تؤدي الى اضطراب المنق في افراز المخاط والتهابات المنق Zervizitis
مما يؤدي ذلك كله الى منع حدوث الالقاح نتيجة لتأثيرها على وظيفة عنق الرحم
من حيث كونه محملاً للحبوانات المنوية وعلى قدرة الحبوانات المنوية في الدخول الى
قناة المنق . يعالج تمزق ايمت جراحياً بتصنيع المنق وتعالج التبدلات الخلوية
دوائياً اما اذا استمعت فتعالج شعاعياً بالتخثير الكهربائي

Elektrokoagulation

أو جراحياً بإجراء الخزع القمعي لعنق الرحم Konisation ويجب التحفظ كثيراً في الاقدام على بتر العنق لدى النساء اللواتي هن في سن النشاط التناسلي اذ ثبت أن البتر المالي للعنق يمكنه أن يؤدي الى العقم أما البتر السطحي والاستئصال القمعي الخفيف Flache Portioimputation فقد لا يؤديان اليه . كما يمكن للتضيقات الندية المنشأ Stenose للفوهة الخارجية للعنق ولقناة العنق أن تمنع امكانية الحمل اذ لوحظت بمض الحالات التي حدث الحمل فيها اثر توسيع عنق الرحم فقط . أما الاعتقاد السائد بضرورة توسيع الفوهة الخارجية وقناة العنق بسبب ضيق طبيعي فيها أدى الى العقم فهو اعتقاد خاطيء لا يقوم على اساس علمي .

ب - اضطرابات العنق الوظيفية أو عامل العنق : Zervixfaktor

يلعب العنق دوراً كبيراً في حدوث الاقحاح وقد دعيت الاضطرابات الوظيفية للعنق بعامل العنق كما ثبت حالياً أن قناة العنق تقوم بدور مهم للحيوانات المنوية التي تبقى في مكانها منتظرة السائل الجريبي الذي ينطلق بعد انفجار جريب غراف والذي يؤثر كإيواياً على الحيوانات المنوية فتنتقل عندئذ عبر الرحم الى البوقين . اذا كان مفرز عنق الرحم قليلاً تبقى الحيوانات المنوية حية مدة ٤٨ ساعة بينما لا تعيش أكثر من ساعة واحدة قريباً اذا بقيت في المهبل في وسط حامضي لذلك لا تتجمع هذه الحيوانات المنوية ولا تعبر على الانتقال الى البوقين الا في فترة ما قبل الاباضة (اي خلال الفترة الواقعة ما بين ٣ - ٥) أيام قبل الاباضة حيث تتوفر الشروط اللازمة المذكورة في مفرزات عنق الرحم . يتمثل التأسيس الكيماوي للسائل الجريبي بزيادة تجميع السكريات عديدة المخاط Mukopolysacharide وبلوغ نسبة كلور الصوديوم ٠.٠٩ مما يؤدي الى زيادة القدرة الحركية للحيوانات المنوية . هذا وان كمية السكر الموجودة في فترة ما قبل الاباضة في مفرزات العنق تتناسب مع نسبة سكر

الفواكه Fruktose الموجود في هيولى الحيوانات المنوية والذي يعتقد انه يشكل مصدراً للطاقة عندها . بالإضافة الى ذلك فإن لمفرزات العنق تأثيراً مضاداً لترابص الحيوانات المنوية يعاكس عمل المادة الراصة لها والتي قد تكون موجودة في المسالك التناسلية عند الرجل والمرأة كما يعتقد أن وجود الحيوانات المنوية في مفرزات العنق الطبيعية الملائمة يساعدها على الاستمرار في النضج لتبلغ الدرجة القصوى في الفترة على الالاقاح .

ج - تشخيص عامل العنق :

في الفحوص الاولى لحالات العقم يتوجب اجراء فحص مفرزات العنق جرثومياً الى جانب مفرزات المهبل حيث يتيح هذا الفحص تبيين نوع الجرثوم الموجود في مفرزات العنق وبالتالي تطبيق المعالجة النوعية اللازمة . كما يجب أن تجري فحوص مفرزات المنيق يومياً طيلة الاسبوع الثاني على الأقل للدورة الطمثية وذلك لتحري الكمية ، قابلية التمثط ، الشفوية ، الترخس ، كما تلاحظ ايضاً خلال هذه الفحوص مدى اتساع الفوهة الخارجية لعنق الرحم حيث يتيح لنا مجموعة هذه الفحوص معرفة فيما إذا كان تأثير الاوستروجين طبيعياً وملائماً أم لا . لقد دعت عملية اجراء الفحوص المخبرية لمفرزات العنق يومياً طيلة الاسبوع الثاني من الدورة الطمثية مع اجراء الفحوص الخلوية لمفرزات المهبل عملية الاختبار المتواقت حسب طريقة راوشر .

Simultantest nach Rauscher

ومن المعروف أنه في فترة ما قبل الاباضة أي في الايام (٣ - ٥) التي تسبق الاباضة تحدث تبدلات غريزية في عنق الرحم والمهبل تنجم عن تأثير الاوستروجين إذ تزداد كميته المفرزة لتصل ذروتها قبل الاباضة بوقت قصير فإذا لوحظ في فترة ما قبل الاباضة ازدياد كمية الاوستروجين وازدياد مفرزات العنق المخاطية ونقص لزوجيتها مع اتساع الفوهة الظاهرة للعنق وقناة العنق الى أقصى

مدى يقال عندئذ ان فترة ما قبل الاباضة طبيعية ووظيفة العنق طبيعية وأن اجتياز الحيوانات المنوية لمفرزات العنق طبيعية أيضاً وأن الالتحاق محتمل الحدوث أما الملاحظة وجود اضطراب في وظيفة العنق فالإلتحاق يكون صعباً أو عديم الاحتمال . لمعرفة اضطراب وظيفة العنق يجري اختبار زيمس هونر Sims - Huhner ويقوم هذا الاختبار على اخذ مفرزات من المهبل والعنق وجوف الرحم إن أمكن بعد الجماع بمدة (٢ - ١٠) ساعات على أن يكون الجماع في فترة ما قبل الاباضة ثم تفحص بالمجهر مكبرة (٥٠٠) مرة فإذا وجد في مفرز عنق الرحم (٥ - ١٠) على الأقل من النطف الحية المتحركة في الساحة الواحدة فالحالة طبيعية ووظيفة عنق الرحم طبيعية والرجل المفحوص خصب Fertil أما اذا كان الاختبار سلبياً أي أن النطف الموجودة في الساحة أقل مما ذكر او غير متحركة رغم تكرار الفحص مرات متعددة مع التأكد مسبقاً من سلامة وظيفة البيضين وكون فحص الحيوانات المنوية طبيعياً فسبب العقم اذا يعود الى اضطراب وظيفة العنق . هذا ولمعرفة أسباب عدم اجتياز الحيوانات المنوية لمفرزات العنق وهل هي ناجمة عن نقص في قدرة الحيوانات المنوية أم عن وجود تنافر بين الحيوانات المنوية والمفرزات المخاطية للعنق يجري اختبار كورتسروك وميلرز .

اختبار كورتسروك وميلرز سنة ١٩٣٢ :

ويدعى أيضاً اختبار الاجتياز او اختبار بارتون وفيزنه ر . سنة ١٩٦٤
Kurzrok - Miller - Test 1932 = Invasionstest
bezw. der Barton - Wiesner - Test 1964

تؤخذ قطرة من السائل المنوي وتوضع على صفيحة وقطرة ثانية من المفرزات المخاطية وتوضع بجانب القطرة الاولى ومماسة لها وتستمر القطرتان بصفيحة وتراقب نقطة التماس تحت المجهر لمشاهدة مرور الحيوانات المنوية الى

القطرة المأخوذة من مفرزات العنق شريطة أن تكون المرأة المفحوصة في فترة ما قبل الإباضة . تجرى هذه التجربة في ثلاث حالات .

I Einfacher Test : الحالة الاولى وتسمى الاختبار البسيط :

تؤخذ قطرة من مفرزات العنق من الزوجة وقطرة من السائل المنوي من الزوج .

II Gekreuzter Test : الحالة الثانية وتسمى اختبار التصالب :

تؤخذ قطرة من مفرزات العنق من الزوجة وقطرة من السائل المنوي من رجل آخر غير الزوج .

III Gegenprobe : الحالة الثالثة وتسمى التجربة المضادة :

تؤخذ قطرة من مفرزات العنق من امرأة اخرى غير الزوجة معروفة بأنها خصبة وتؤخذ قطرة من السائل المنوي من الزوج .

تعتبر اسباب المقم ناجحة عن اضطراب وظيفة العنق اذا كانت نتائج الاختبارات الثلاثة كما يلي :

- ١ - اذا كان الاختبار البسيط سلبياً
- ٢ - اذا كان اختبار التصالب سلبياً
- ٣ - اذا كان اختبار التجربة المضادة ايجابياً

اما اذا كانت النتائج كما يلي :

- ١ - الاختبار البسيط سلبياً
- ٢ - اختبار التصالب ايجابياً

٣ - اختبار التجربة المضادة سلبياً

فأسباب المقم تعود الى الزوج

د - معالجة عامل المنق :

في الحالات التي لا تبـدو فيها تبدلات المنق في فترة ما قبل البيض والتي
يحتمل فيها كون اختبار سيمس وهونر Sims - Huhner Test
سلبياً حيث يكون السبب هو النقص النسبي في كمية الاوستروجين تقوم
المعالجة عندئذ على تمويض هذا النقص واعطاء الاوستروجين بشكل ايتينيل
او ستراديول مقدار ٠.٠٤ ملغ يومياً Aethyniloestradiol اختباراً من
اليوم (٧ - ١٤) من الدورة الطمثية او اعطاء اوسترازيد Oestrasiid
مقدار (٠.٠٥) ملغ يومياً اعتباراً من اليوم (٧ - ١٤) من الدورة الطمثية
او إعطاء اوستريول Oestriol مقدار (٠.٠٥) ملغ يومياً اعتباراً من اليوم
(٧ - ١٤) من الدورة الطمثية. اما في تبدلات المنق الالتهابية والتي تؤدي
الى ازدياد المفرزات المخاطية للمنق Hypersekretion واضطراب في
قيمة PH فيها مما يؤثر تأثيراً سيئاً في حركة الحيوانات المنوية وفي مدة
حياتها (بسبب البلمعة بالكريات البيض) فتقوم المعالجة عندئذ على ازالة هذه
التبدلات كتطبيق المعالجة الموضعية بمضادات الحيوية اذا ثبت وجود الجراثيم في
المنق كما يجب في نفس الوقت معالجة فلورا المهبل واعادتها الى حالتها الطبيعية حيث
تلب دوراً كبيراً في هذه المعالجة بشكل عام، كما تعالج هذه التبدلات أيضاً بكي
المنق وقناة المنق بمحلول نترات الفضة او محلول كلور الزنك او بالتخثير
الكهربائي . اما في الحالات التي تكون فيها فترة ما قبل الاباضة طبيعية اي
ان وظيفة المنق طبيعية ويكون فحص الحيوانات المنوية طبيعياً بينما يكون
اختبار زيمس هونر — سلبياً وكذلك اختبار كورتسروك ميلر سلبياً

Zims-Huhner - Test Kurzrok - Miller - Test

عندئذ يعتقد بأن سبب القمم يعود الى وجود تنافر أو مناعة بين الحيوانات
النوية والمفرزات المخاطية للعنق هذا وقد ثبت وجود الاجسام الضدية

Antikoerper

للحيوانات النوية عند المرأة يمكن كشفها سواء في مصل الدم عند المرأة
او في مفرزات العنق كما ثبت ان النساء اللواتي زمرة الدم عندهن من
نوع (O) فان دهن محوي مادة راصة خاصة ضد الزمرة (A) وتكون
هذه المادة الراصة موجودة في مخاط العنق تؤدي الى رص الحيوانات النوية.
والواقع ان هذا الموضوع لم تكتمل دراسته بعد ولم تعرف بعد اسباب هذا
التنافر او المناعة بوضوح لكن معالجتها ممكنة وذلك بعزل الزوجين عن
بعضها عدة شهور لكي لا يحدث اي احتكاك بين الحيوانات النوية وبين
الاعضاء التناسلية للمرأة ثم ياجأ الى زرع الحيوانات النوية مباشرة في جوف
الرحم.

خامساً - الاسباب المهيبة :

تؤدي التبدلات التشريحية في المهبل والفرج الى القمم وتكون هذه
التبدلات اما بانعدام بعض اعضاء الجهاز التناسلي وخاصة انعدام الرحم
والبويضين او بالتشوهات التي تصيب بعض هذه الاعضاء . وهذا ويمكن
ازالة بعض التشوهات بالمعالجة الجراحية فتعود قدرة امكانية الحمل الى
الحالة الطبيعية مثل حالة نقص تشوؤ المهبل حيث يمكن للجراحة ان تكون
مهيلاً اصطناعياً او حالة تضيقات المهبل التي يمكن ازالتها باجراء عمليات
التصنيع كما ان من المعروف ان غشاء البكارة يمكنه ان يلعب دوراً في
احداث القمم فانسداده الخلقي الذي يؤدي الى ورم الرحم الدموي

Haematometra

والأورام البوقية الدموية Haematosalpingen تؤدي جميعها الى انسداد البوقين وبالتالي الى العقم كما أن صلابة نسيج غشاء البكارة قد يعيق عملية الجماع بحيث يمنع الايلاج وبالتالي فان القذف يحدث في الفرج وليس في المهبل إلا أن من الثابت أيضاً حدوث الحمل في مثل هذه الحالات هذا وتقوم معالجة الحالة الأخيرة على شق غشاء البكارة . من المعروف أيضاً ما تلعبه التهابات المهبل والتهابات قناة العنق في أحداث العقم حيث تؤدي هذه الالتهابات بشكل عام الى تآذي الحيوانات المنوية بالكريات البيض (اما بفعل التخمر او بفعل البلعمة) هذا وان لعامل (PH) دوراً كبيراً في أحداث العقم فاذا كان (PH) طبيعياً اي ما يقارب (٤) فان الحيوانات المنوية تستطيع الحياة في المهبل ساعة كاملة . كذلك فان استهلاك الغليكوز والفروكتوز Glykose und Fruktose المهبل في حالات التهاب المهبل بشمية الرأس Trichomonadenkolpitis يؤدي الى تآذي الحيوانات المنوية أيضاً اذ من الثابت انه في حالات كثيرة لم يشخص سبب العقم فيها كانت معالجة الالتهابات المهبليّة كافية الى احدث الحمل لذلك يتوجب في حالات العقم مبدئياً وقبل كل شيء اجراء الفحوص التالية :

أ - أخذ لطاخة مهبليّة وتحري الجراثيم فيها وتعيين مضادات الحيوية الفعالة بالنسبة لها

ب - أخذ لطاخة وتحري شعريّة الرأس

ج - أخذ لطاخة وتحري الفطور المهبليّة (الفطور البيضاء ، أو غيرها من الفطور) ويكون تحري الفطور عادة بالزرع

فاذا ثبتت الإصابة باحد هذه الانواع يتوجب عندئذ تطبيق المعالجة

النوعية الكافية عند الزوجة وعند الزوج أيضاً بصرف النظر عن احتمال وجود اسباب أخرى أدت الى المقم .

سادساً - الاسباب خارج الجهاز التناسلي :

أ - الاسباب المعنوية :

تلعب آفات الغدد الصم دوراً كبيراً في حالات المقم الناجمة عن أسباب خارج الجهاز التناسلي

١ - الداء السكري :

كانت نسبة المقم عند المصابات بالداء السكري سنة ١٩٠٠ حوالي ٢٪ لكن المعالجات الحالية والتي أدت الى إعادة السكر الى حالته الطبيعية عند النساء المرضيات جعلت نسبة الحمل عندهن لا يختلف عن بقية النساء السليمات .

٢ - آفات الغدة الدرقية :

تؤدي آفات الغدة الدرقية الى المقم سواء في حالات القصور أو في حالات فرط الافراز وهي الحالات الأغلب حدوثاً من حالات القصور وتؤدي هذه الآفات جميعها الى اضطراب الاباضة واضطراب الدورة الطمثية ويمكن للمعالجة ان تعيد الدورة الطمثية الى انتظامها وإلى حدوث الاباضة وبالتالي الى الحمل .

٣ - آفات ما تحت السرير البصري والفص الامامي للنخامة :

تؤدي آفات ما تحت السرير البصري والفص الامامي للنخامة الى

داء سيموند وتنافر شيهان وتنافر كوشينغ وداء فرويلش
Simond - Kachexie , Sheehan - syndrom
Cushing - Syndrom und morbus Froehlich
التي ترافق غالباً بانعدام الطمث او باضطرابات شديدة في الدورة الطمثية مما
يؤدي بالتالي الى احداث العقم

٤ - آفات الكظر :

يؤدي داء اديسون الى التنافر الكظري التناسلي AGS الخاقي او
المكتسب وبالتالي الى صعوبة في امكانية الحمل نتيجة لاضطراب في وظيفة البويضات
وان المعالجة خاصة في الحالات الخفيفة الناجمة عن ازدياد في وظيفة الكظر قد
تؤدي الى حدوث الحمل .

٥ - كما يمكن لامراض اخرى مثل السل ، الالتهابات الحادة ، التئسج
الدموي (تشبب النسيج الدموية) Haematoblastose داء هودجكين
Hodgkin ان تؤدي الى احداث عقم مؤقت او عقم دائم . وقد تؤدي
السمنة الشديدة ايضاً الى اضطراب الاباضة وبالتالي الى صعوبة امكانية
الحمل ويكفي في مثل هذه الحالة غالباً انقاص وزن المريضة لحدوث الحمل .
هذا وان التسمات بالمورفين قد تؤدي ايضاً الى العقم بتأثيره على الدماغ
المتوسط وتلعب نفس الدور الباريتوري والادوية المنومة كما يمكن اصابة النساء
اللواتي يدخن بكثرة بالعقم حيث لوحظ عندهن ارتفاع في نسبة الوردانيد
Rodanid في المفرزات المخاطية لعنق الرحم حيث تصل الى ٥٠٪ ملغ
علماً بأن وجود ١٪ ملغ كافية لقتل الحيوانات المنوية . اما بالنسبة للفيتامينات
فالرأى منقسم حول تأثيرها في احداث الحمل الا أن من المتفق عليه هو أن
النقص الشديد فيها يمكنه ان يؤدي الى العقم .

ب - الاسباب النفسية :

من الثابت الآن أن للعوامل النفسية دوراً أكيداً في أحداث العقم اذ يمكن للاجهاد النفسي ان يؤثر على الدارة الكائنة بين الدماغ المتوسط - الفص الامامي للنخامة - المبيضين محدثاً اضطراباً في وظيفة المبيضين قد يصل الى درجة انعدام الطمث كما يمكن للاضطرابات النفسية العصبية ان تحدث تبدلات في وظيفة المبيضين او تحدث بشكل خاص تشنجاً في البوقين قد يعيق حدوث الحمل . كما يمكن لهذه الاضطرابات ان تؤدي الى تشنج المهبل الذي يمنع ايلاج القضيب ولكن يجب ان لا يبالغ في تقدير بعض الاضطرابات النفسية الاخرى في أحداث العقم مثل انعدام الملاعبة الجنسية بين الزوجين Dyspareunie وعدم الانتصاب والبرودة الجنسية عند الزوجة اذ من المعروف ان عدم الانتصاب ليس شرطاً اساسياً في حدوث الالقاح رغم كونه عاملاً مهماً في ابصال الحيوانات المنوية الى داخل الاعضاء التناسلية عند المرأة .

سابعاً - اسباب العقم عند الرجل :

تعود (٣٥ - ٤٠ ٪) من حالات العقم الى الزوج لذلك يتوجب عند اجراء الفحص الاول للزوجة إحالة الزوج الى طبيب اختصاصي بالامراض التناسلية علماً بأن كثيراً من الأزواج لا يرجون باجـراء مثل هذه الفحوص او انهم يمتنعون بناتاً عن اجرائها لذا يجب اقناعهم بضرورتها .

التشخيص :

يقوم تشخيص العقم عند الزوج على قصته السريرية وعلى فحصه

السريري وعلى فحص الحيوانات المنوية على أن يجري فحص الحيوانات المنوية بعد راحة جنسية تتراوح ما بين (٦ - ٨) أيام ويفضل أخذها عن طريق الاستمناء ثم تتحرى الامور التالية .

١ - حجم السائل المنوي *Spermavolumen* والحجم المتوسط للسائل المنوي عادة يتراوح بين ٢١٥ - ٣١٥ ميليليتراً

٢ - كثافة الحيوانات المنوية *Spermakonzentration*

٣ - حركة الحيوانات المنوية *Motilitaet*

٤ - نسبة الحيوانات المنوية غير الطبيعية

Pathologische Zellen

ونسبة الخلايا المولدة للحيوانات المنوية *Spermiogenese* ومعايرة مسكر الفواكه . وحسب شيرهن *Schirren* سنة ١٩٦٧ تعتبر النتائج التالية :

١ - الحيوانات المنوية طبيعية *Normaspermie* اذا زادت الحيوانات المنوية عن ٦٠ مليون في الميليلتر وكانت نسبة المتحركة منها تزيد عن ٦٠ ٪

٢ - الحيوانات المنوية قليلة النشاط *Hypokinesis* اذا زادت الحيوانات المنوية عن ٦٠ مليوناً من الميليلتر وكانت نسبة المتحركة منها أقل من ٥٠ ٪

٣ - نقص الحيوانات المنوية *Hypozoospermie*

اذا كان عدد الحيوانات المنوية يتراوح بين ٤٠ - ٦٠ مليوناً في الميليلتر وكانت نسبة المتحركة منها حوالي ٥٠ ٪

٤ - قلة الحيوانات المنوية *Oligospermie* اذا كان عدد الحيوانات

النوية يتراوح بين ١ - ٤٠ مليوناً في الميليلتر وكانت نسبة المتحركة منها تتراوح بين ٤٠ - ٥٠٪

٥ - انعدام الحيوانات المنوية Azoospermie اذا كانت الحيوانات المنوية معدومة وكانت الخلايا المولدة للحيوانات المنوية موجودة

Spermiogenesiszellen

٦ - انعدام الحيوانات المنوية والخلايا المولدة لها Aspermie اذا كانت الحيوانات المنوية معدومة وكانت الخلايا المولدة للحيوانات المنوية معدومة أيضاً

ملاحظة :

في حالة قلة الحيوانات المنوية Oligospermie يمكن لهذه الحالة أن تكون مؤقتة أو مستمرة ولتأكيد تشخيص الحالات المستمرة يتوجب معايرة الفونادوتروين ، ١٧ كهتوستيروئيد في البول او اخذ خزعة من الخصيتين وفحصها نسيجياً .

المعالجة :

تعود معالجة العقم عند الرجال الى طبيب اختصاصي بالجهاز التناسلي وتقوم المعالجة على ازالة الآفات العضوية اذا وجدت (دوالي الحبل المنوي آفات المسالك التناسلية وفي حالات قصور الفونادوتروين ، وقصور الندد التناسلية ، يمكن اعطاء الفونادوتروين (FSH) والتستوستيرون أما في حالات فرط الفونادوتروين فتقوم المعالجة على اعطاء مقادير قليلة من التستوستيرون

Testosteron

البذر الاصطناعي Artefizielle Insemination

أو بذر الحيوانات المنوية الاصطناعي : ان مايفهم من تعبير البذر

هو ادخال الحيوانات المنوية الى المسالك التناسلية عند المرأة اما تعبير التلقيح الاصطناعي فهو خاطيء اذ ليس من المؤكد أن كل نقل للحيوانات المنوية الى المسالك التناسلية للمرأة سوف يؤدي الى الالقاح . ويقسم البذر الاصطناعي الى قسمين .

آ - بذر الحيوانات المنوية للزوج نفسه

ب - بذر الحيوانات المنوية لشخص آخر غير الزوج

تعتبر الحالة الثانية لأسباب أخلاقية واجتماعية وقانونية بحكم اللقاة بينما يعمل بالحالة الاولى فقط ولكن ضمن استطببات معينة منها ما يعود للرجل ومنها ما يعود للمرأة . فالاستطببات التي تعود للرجل هي عدم الانتصاب لاسباب نفسية أو حالة الاحليل النوقي أو الاحليل التحتي أو قلة الحيوانات المنوية Oligospermie بحيث يكون عدد الحيوانات المنوية أقل من ٢٠ مليون في الميليتر . أما الاستطببات التي تعود للمرأة فهي تشنج المهبل الشديد Vaginismus السمنة الشديدة ، تضيقات المهبل ، كما يمكن البذر في حالات التهابات المهبل المعقدة وحالات وجود التنافر بين مفرزات العنق والحيوانات المنوية ويشترط في جميع حالات بذر الحيوانات المنوية التأكد من عدم وجود أسباب أخرى أدت الى هذا العقم وبخاصة الاسباب البوقية والاسباب المبيضية كما يشترط أيضاً في تطبيق البذر الاصطناعي ان تكون المرأة في فترة ما قبل الطمث ويمكن التعرف على ذلك بقياس حرارة البدن الاساسية وبفحص وظيفة العنق بفحص لطاخة مهبلية ويعتبر اليوم الذي تكون فيه قابلية تخطيط محاط العنق في ذروتها أفضل يوم ملائم للبذر .

هذا وفي الحالات الشديدة من قلة الحيوانات المنوية يمكن جمعها بعد الاستمناء عدة مرات خلال عدة ايام على ان يضاف اليها $\frac{1}{10}$ من حجمها

من الغليسيرول Glycerol وان تحفظ بدرجة (٧٠) من الحرارة وذلك بغاية الاكثار من عددها ومن ثم يصار الى بذرها . ويجب في عملية البذر الاصطناعي بشكل عام ان لا يبلغ في تقدير نتائجها اذ لا تزيد نسبة نجاح بذر الحيوانات المنوية المأخوذة من الزوج عن ٥ - ١٠ ٪ اما نسبة نجاح بذر الحيوانات المنوية المأخوذة من غير الزوج فهي أعلى من ذلك اذا كانت الحالة تمود الى ضعف الحيوانات المنوية عند الزوج .

الفحوص اللازمة في معالجة زواج عقيم :

١ - الفحوص العامة :

١ - قصة المريضة (قصة المريضة بشكل عام ، حالة الدورات الطمثية ، الحياة الجنسية)

٢ - فحص اجهزة البدن

٣ - حالة المرأة النفسية

٤ - الفحص النسائي (بالتأمل ، بالمس ، بمنظار المهبل ، بمنظار المهبل المكبر) .

الفحوص الخاصة في تشخيص أسباب العقم :

١ - تحري الاسباب المبيضة (قياس حرارة البدن الاساسية ، تشخيص وظيفة المنق ، فحص لطاخة مهبلية خلويًا ، فحص خزعة من القشاء المخاطي لباطن الرحم ، وعند الضرورة معايرة الفونادوتروبين ، معايرة الستة روئيدات ، الاختبارات الهرمونية)

٢ - تحري الاسباب البوقية : نفخ البوقين ، التصوير الشعاعي للرحم

والبوقين ، تنظير رتج دوغلاس او تنظير جوف البطن وعند الضرورة فتح البطن
الاستقصائي

٣ - تحري الاسباب الرحمية (جسم الرحم) تحري المصبات السلية في
دم الطمث وعند الضرورة اجراء المس لمعرفة وضع وحجم الرحم أو التصوير
الشعاعي للرحم)

٤ - تحري الاسباب المنقية : اخذ لطاخة من عنق الرحم وتحري
الجراثيم فيها مجهرياً ، اختبار زيمس - هونر Sims - Huhner - test
وعند الضرورة اجراء اختبار كورتسروك - ميللر
Kurzrok - Miller - test

في عمل تجربة التضاد في الزجاج

٥ - الاسباب المهبيلة : اخذ لطاخة مهبيلة وتحري الفطور وشعيرة الرأس
والجراثيم

٦ - الاسباب عند الرجل (الفحص السريري ، تحري عدد الحيوانات
النوية وتركيبها الكيماوي فحص الحيوانات النوية Spermogramm
وعند الضرورة الفحص الهرموني وفحص خزعة مأخوذة من الخصيتين) .

الباب الخامس

تنظيم الأسرة

منع الحمل

Familienplanung
Antikonzeption

تطرح على الطبيب يومياً اسئلة كثيرة عن موضوع منع الحمل بقصد تنظيم الاسرة اي تنظيم الولادات لكي لاتحمل المرأة في ظروف غير ملائمة من الناحية الاجتماعية او الصحية لذا من واجبه توجيه النصائح اللازمة للمريضة وتوضيح ما يجب عليها ان تفعله بهذا الخصوص علماً بأن موضوع منع الحمل او تنظيمه يدخل حالياً في بحوث الطب الوقائي .

لقد أثبتت الاحصائيات انه بعد وجود وتطبيق موانع الحمل أصبحت حوادث الاجهاضات الجنائية قليلة وبالتالي فإن عواقب هذه الاجهاضات الخطيرة أو المميتة أصبحت قليلة ايضاً . هذا ويلعب منع الحمل دوراً كبيراً من الناحية الاجتماعية في الدول النامية التي اصبح عدد السكان فيها يتزايد بشكل مذهل إلا ان هذه الزيادة تعود الى وجود الادوية الفعالة بكثرة في متناول ايدي العدد الاكبر من الناس وليس الى ارتفاع المستوى المعيشي عندهم وقد ادى استعمال هذه الادوية الى تناقص في عدد الوفيات كما لوحظ ايضاً وجود

زيادة في عدد الولادات كما ان نسبة كبيرة من السكان في بعض هذه الدول المذكورة تتعرض للجوع لذلك فان منع الحمل فيها يوقف تكاثر السكان الشديد وبذلك يمكن تحسين حالة الاطفال الذين يولدون وجعل حياتهم مقبولة الى حد ما فنكون بذلك قد انقذنا ملايين الاطفال من الموت بسبب الجوع او نقص التغذية .

اننا في تبيننا موضوع منع الحمل لا ننطلق من مذهب مالتوس

Malthusianism

القائل بأن تزايد السكان يفوق تزايد الموارد الغذائية بل ننطلق من أسباب اجتماعية واسباب صحية كما ذكرنا أو على الأقل من احترامنا لرغبة الزوجين في انجاب الاطفال بشكل يتناسب مع تقديرهم انفسهم لوضعهم المالي لهذا فالقصد من منع الحمل هو التنظيم وليس المنع بمعناه اللفظي . ان الشرط الاساسي الذي يجب توفره في اية طريقة تستعمل لمنع الحمل هو كونها فعالة وغير ضارة وتستطيع المرأة تحملها بسهولة . ويمكن التوصل الى معرفة نسبة الفشل في الطريقة المستعملة في منع الحمل بالاعتماد على القاعدة التي وضعها (بيرل) والتي تقوم على حساب نسبة الفشل عند (١٠٠) امرأة استعملن طريقة ما مدة سنة واحدة أي (١٢) شهراً أي (١٢٠٠) دورة طمثية

قاعدة بيرل : Pearl

عدد حوادث الحمل $\times 1200$

عدد النساء اللواتي استعملن الطريقة المراد كشف نسبة الفشل فيها

\times عدد شهور الاستعمال

مثلاً $\frac{5 \text{ حوادث حمل} \times 1200}{66 \text{ امرأة} \times 36 \text{ شهراً}} = 2.5$ وهي نسبة الفشل في هذه الطريقة المستعملة

$66 =$ عدد النساء اللواتي استعملن الطريقة المطلوب معرفة نسبة الفشل فيها

$36 =$ عدد الشهور او الدورات الطمثية التي استعملت فيها تلك الطريقة

إن نتيجة أية طريقة مستعملة في منع الحمل لا ترجع الى نوع هذه الطريقة فقط بل ترجع أيضاً وبنسبة كبيرة الى كيفية تطبيقها من قبل المرأة وزوجها .

والطرق المستعملة حديثاً لا تؤدي الى اي ضرر اذا استثنينا منها الاقلام التي تدخل في مجرى عنق الرحم او الاجهزة المدخلة في مجرى عنق الرحم ايضاً .

طرق منع الحمل :

تقسم هذه الطرق حسب التصنيف الذي وضعه دورينغ Doering سنة ١٩٦٧ الى :

- ١ - طرق منع الحمل بدون استعمال اية واسطة خارجية
- ٢ - الطرق الآلية في منع الحمل
- ٣ - الطرق الكيميائية في منع الحمل
- ٤ - طرق منع حدوث الاباضة
- ٥ - الطرق الدوائية المضيفة للنطف (لم تنته الابحاث المتعلقة بهذا الموضوع بعد)
- ٦ - الطرق الجراحية في تعقيم الرجل او المرأة

- ١ - طرق منع الحمل دون استعمال اية واسطة خارجية :

Methoden ohne Anwendung von Mitteln

آ - الجماع المبثور : Coitus interreptus

وتعتبر هذه الطريقة من أقدم الطرق وأوسعها انتشاراً وتقوم على انهاء

عملية الجماع قبل حدوث القذف داخل المهبل اي القذف خارج المهبل . ويستند البعض ان هذه الطريقة ضارة بالنسبة للرجل او المرأة لكن هذا الاعتقاد لا يقوم على اي اساس علمي . ان نسبة الفشل باستعمال هذه الطريقة في منع الحمل حسب جدول بيرل هي (١٠-٢٠٪) ونقول بعض الابحاث ان هذا الفشل يعود احياناً الى وجود الحيوانات المنوية الحية المتحركة في مفرز الموهة قبل حدوث القذف لكن الاختبارات اثبتت عدم صحة هذا القول

ب - الجماع المحفوظ : Coitus reservatus

ويطلق على هذه الطريقة اسماء مختلفة وتقوم على المداعبة الجنسية التي قد تستمر من (١ - ٢) ساعة دون حدوث القذف

ج - طريقة توقيت زمن الخصوبة :

Periodische Fruchtbarkeit

من المعروف في ابحاث العلوم الحيوية ان الببضة تكون قابلة للتلقح خلال (٦ - ١٢) ساعة بعد انطلاقها والبعض يقول بأن هذه القابلية قد تمتد حتى ٢٤ ساعة اما بالنسبة للحيوان المنوي فقدرته على الالقاح تستمر من يومين الى ثلاثة ايام بعد انقذافه داخل المهبل . وبما انه في كل دورة طمثية لاينفجر سوى جريب واحد عادة لذلك يمكن تحديد زمن الاباضة زمن انفجار الجريب . لقد كشفت هذه الطريقة من قبل العالم الياباني اوغينو Ogino وكشفت في نفس الوقت تقريباً من قبل كناوس Knaus لكن الحساب في تحديد زمن انحصب يختلف عنه في كل من الطريقتين .

تكون فترة الخصوبة حسب اوغينو اطول منها حسب كناوس فبالنسبة لاوغينو تكون هذه الفترة لدى امرأة ذات دورة طمثية مدتها ٢٨ يوماً

ما بين اليوم العاشر واليوم السابع عشر وهذا يعني ان الافتاح يمكن حدوثه بين اليوم الثامن واليوم التاسع عشر للدورة الطمثية اما بالنسبة لكتناوس الذي يعتبر ان الدورة الطمثية تتراوح بين ٢٦ - ٣٠ يوماً لذلك فان فترة الخصوبة تكون بين اليوم التاسع واليوم السابع عشر من بدء الدورة . في الواقع تستند الطريقتان الى نظرية واحدة وتقومان على البدء بتنظيم جدول شهري للدورات الطمثية مدة (١٢ - ١٨) شهراً حتى يستطيع الزوجان بشكل اكيد تحديد مدة الدورة الطمثية وزمن الاباضة .

د - قياس حرارة البدن الاساسية

Basaltemperaturmessung

لقد أثبت فان دوفهله Van Develde سنة ١٩٠٤ وجود العلاقة بين حرارة البدن الاساسية وبين عمل المبيضين الوظيفي اذ تنخفض حرارة البدن قليلاً في دور التنمي أي في النصف الاول من الدورة الطمثية ثم تصعد بعدها من $(\frac{4}{100} - \frac{6}{100})$ من الدرجة وقد اثبتت اكثر الفحوص المجراة أن الحرارة تأخذ بالارتفاع بعد اليوم الاول او الثاني وسطياً من حدوث الاباضة .

تستند قياس حرارة البدن الاساسية كلياً على مبدئي كناوس وأوغينو Knaus , Ogino لذلك تكون النتيجة أقرب كثيراً الى الحقيقة اذا لجأنا الى جمع الطريقتين معاً وهذا ما ندعوه بالطريقة المركبة . تقاس الحرارة عن طريق الشرج أو عن طريق الفم (وليس عن طريق الابط) صباحاً قبل النهوض من الفراش ويستمر في ذلك عدة شهور اي عدة دورات طمثية ويمكن الوقوع في الخطأ عند تطبيق هذه الطريقة المركبة كما وقعنا في طريقي الحساب العائدين لكتناوس وأوغينو المذكورتين سابقاً . كما أن الاصابة ببعض الامراض او التعرض الى الاجهاد الجسدي او النفسي يمكن أن يزيد في نسبة الخطأ التي تبلغ عادة عند تطبيق الطريقة المركبة ١٪ .

لقد بين دورينغ سنة ١٩٦٧ وجود شكلين لنمط الحمل حسب طريقة قياس الحرارة الأساسية . الشكل الاول ويسمى الطريقة الصارمة حيث يكون منع الحمل فيها أكيداً وتعتبر هذه الطريقة الايام التي لا يحدث فيها الحمل ابتداء من اليوم الثالث لارتفاع الحرارة حتى اليوم الذي يبدأ فيه الطمث أما الشكل الثاني ويسمى الطريقة المركبة وتتألف من فترتين لا يحدث الحمل فيها

الفترة الاولى : وهي نفس الفترة التي اعتبرناها حسب الطريقة الصارمة والفترة الثانية وهي الايام التي تبدأ منذ اليوم الاول للطمث حتى اليوم السادس ما قبل ارتفاع الحرارة ونسبة الخطأ تكون في الطريقة المركبة أعلى منها في الطريقة الصارمة .

هـ - الطرق غير المؤكدة في معرفة حدوث الاباضة

ان نسبة ضئيلة (من ٥ - ١٠ ٪) من النساء اللواتي هن في سن النشاط التناسلي يلاحظن شهرياً بعض العلامات الدالة على وقوع فعل الاباضة والعلامات هذه هي :

أ - الآلام المرافقة لحدوث الاباضة

ب - النزف القصير الامد الذي يرافق الاباضة

ج - ازدياد المفرزات المخاطية لعنق الرحم المرافقة لحدوث الاباضة إلا ان الاعتماد كلياً على هذه العلامات الثلاث لتحديد زمن الاباضة قد يوقعنا في الخطأ لانها ليست علامات دورية تحدث حتماً كل شهر كما أن المرأة نفسها قد لا تلاحظها .

٢ - الطرق الآلية في منع الحمل :

Mechanische Methoden

٢ - قراب القضيب الواقي : (Kondom (Praesavativ)

يُعتبر استعمال قراب القضيب الواقي من أقدم الطرق المستعملة في منع الحمل وقد اشتهر استعماله في القرون الوسطى للوقاية من عدوى الالتهابات التناسلية كما يستعمل حالياً لنفس السبب بعد أن أدخات عليه تحسينات في الشكل والمادة التي يصنع منها وحسب إحصائيات تيزه سنة ١٩٦٣ Titze انتجت الولايات المتحدة وحدها سنوياً حتى عام ١٩٥٩ ما يقارب من ٦ ملايين قراباً .

تبلغ نسبة فشل هذه الطريقة ٧٪ والدور المهم للقراب في منع الحمل هو في تكوينه حاجزاً بين الحيوانات المنوية والبيضة بحيث يمنع التقائهما ويعتبر القراب الواقي من الأجهزة غير الضارة بل بالعكس فقد يوصف للمصابين بالقذف المبكر حيث أعطى نتائج حسنة وعلى كل حال فكثيراً ما يرفض استعماله من الرجل نفسه أو من المرأة .

ب - غطاء العنق : Portiokappe

بمكس السهولة التي نراها في استعمال قراب الذكر الواقي فإن غطاء العنق لا يمكن وضعه إلا من قبل طبيب اختصاصي وقد بديء باستعماله سنة ١٨٣٨ من قبل الطبيب النسائي فيلده Wilde في برلين . لقد كان يصنع في السابق من مادة المطاط ثم صنع بعد ذلك من الذهب ومن الفضة وأخيراً وفي هذه الأيام فإنه يصنع من اللدائن وطريقة الاستعمال تكون بإدخال غطاء العنق من وجهه المحدث إلى داخل المهبل ثم يقلب أمام العنق لتطبيقه عليه كما أن العنق نفسه يقوم بدور مساعد في جذبه علماً بوجود قياسات مختلفة ينتخب الطبيب من بينها القياس الملائم . إن أغلب النساء

يمكنهن تعلم رفعه عن العنق أما في إعادته مرة أخرى فلا يستطيع ذلك غير الطبيب المختص ومن الطبيعي أنه يجب أن يرفع قبيل الطمث بمدة قصيرة . هذا وإن نسبة فشل هذه الطريقة تبلغ ٧٪.

لهذه الطريقة مضادات استطباب من وجهة نظر الطب النسائي حيث لا يستعمل في الحالات التالية :

تمزقات العنق الكبيرة ، التغيرات النسيجية في فوهة العنق ، وجود
بيضة نابوت المتضخمة ، التهاب الملحقات ، التهاب الغشاء المخاطي لباطن
الرحم وفي التهابات عنق الرحم



الشكل (٧٥) : غطاء العنق

Portiokappe

ج - الحجاب او الحاجز المهبلي : Scheidendiaphragma

ويسمى أيضاً : Scheidenpessare

لقد وصف هذا الجهاز عام ١٨٨٢ من قبل طبيب يدعى

Mensenga

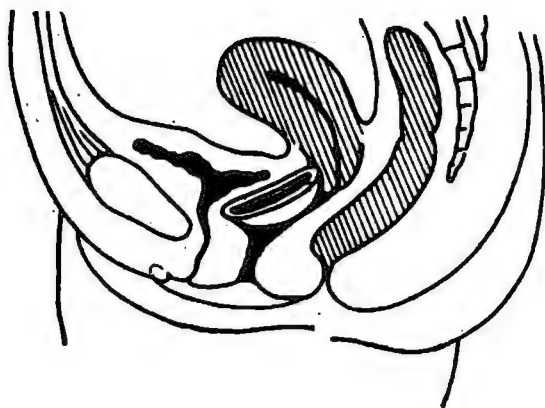
ويصنع حالياً من مادة مطاطية رقيقة حافته دائرية يخترقها سلك معدني لتقويتها عند التثبيت وقد يستعاض عن هذا السلك بتقوية المادة المطاطية نفسها حذاء الحافة والجهاز بشكل عام يشبه قليلاً غطاء العنق الا أنه أكبر قطراً وله وجه محدب ووجه مقعر . يدخل هذا الجهاز الى داخل المهبل بعد ثنيه بين السبابسة والابهام ويوضع ضمن المهبل بحيث ترتكز حافته في الاعلى على الاحليل خلف عظم العانة وفي الاسفل على منتصف الجدار الخلفي للمهبل وبذلك يكون قد قسم المهبل الى حجرتين حجرة امامية وحجرة خلفية بحيث يتجه وجهه المقعر نحو الحجرة الخلفية . للحجاب عدة قياسات يختار الطبيب منها القياس الذي ينطبق تمام الانطباق على كافة جوانب المهبل بحيث لا يدغ مجالاً لمرور الحيوانات المنوية من الحجرة الامامية الى الحجرة الخلفية وقد يصل قطر الجهاز في النساء الولودات من ٧٠ - ٩٠ ملم . والناحية المهمة في استعمال هذا الجهاز هي تشكيله حاجزاً امام فوهة عنق الرحم يمنع وصول الحيوانات المنوية اليها . يولج الجهاز بشكل عام ليلاً ويرفع صباحاً ويشترط بقاءه داخل المهبل مدة (٨) ساعات بعد عملية الجماع .

يمكن للمرأة ان تعلم طريقة وضعه وازالته بنفسها دون حاجة الى الطبيب ولهذا الجهاز محاسن تجعل استعمال بعض المواد الدوائية بشكل كريم أو هلام يطلّى بها الوجه الامامي والوجه الخلفي وتتصف بقدرتها على قتل الحيوانات المنوية وبذلك تزداد نسبة النجاح باستعمال هذه الطريقة التي لا تتجاوز نسبة الفشل فيها ٤٪ وكثيراً ما يعود الفشل ليس للطريقة ذاتها بل للخطأ في وضع الجهاز بشكل لا يفلق الطريق امام الحيوانات

النوبة. التجهة الى العنق . وتمتبر الحالات التالية من مضادات استجاب استعماله وهي : الانمطاف الخلقي الشديد ، السقوط التناسلي المتقدم وتضيقات المهبل .



الشكل (٧٦) : الحاجز المهبل في وضع صحيح



الشكل (٧٧) : الحاجز المهبل في وضع خاطيء

د - الاجهزة المدخلة في قناة عنق الرحم : Zervikalpessare

توضع هذه الاجهزة داخل قناة العنق منها ما هو بشكل حلقي ومنها ما يشبه القضيب ينتهي بقاعدة دائرية عريضة تبقى خارج فوهة العنق وقد استعملت هذه الطريقة ثم أهملت لأنه ثبت انها يمكن ان تؤدي الى التهاب الغشاء المخاطي لباطن الرحم او التهاب الملحقات او التهاب البريتوان الميت لأنها تكون همزة وصل ما بين الجراثيم الموجودة في المهبل او التي تدخل عن طريق المهبل وبين باطن الرحم

هـ - الاجهزة المدخلة في باطن الرحم :

IUCD = Intrauterinpessare

لقد طور أول نوع من هذه الاجهزة من قبل الطبيب النسائي غره فنبيرغ Graefenberg في برلين عام ١٩٢٨ حيث صنعه بشكل حلقة حازونية من سلك من الفضة وقد ذكر أن استعماله أدى لمضاعفات كثيرة مما سبب اهماله . اعيدت صناعته مؤخراً من اللدائن Kunststoff بحيث اصبح محتملاً من قبل المرأة دون أن يؤدي الى الاختلاطات السابقة التي تحدث عند استعمال الاجهزة المدخلة في قناة العنق وبذلك فقد عم استعماله دولاً مختلفة في انحاء العالم بهدف منع الحمل او تنظيمه . هذا وقد اضيفت الى مادة اللدائن التي يصنع منها مادة اخرى تجعله ظليلاً على الاشعة اذ يضطر احياناً لاجراء صورة شعاعية للحوض للتأكد من وجوده داخل الرحم .

والطريقة المتبعة في ادخاله تكون باستعمال محقنة خاصة بقطر ٤ ملم وقد يضطر احياناً الى اجراء توسيع بسيط في قناة عنق الرحم . لهذه الاجهزة اشكال مختلفة أغلبها ينتهي بخيطين رقيقين يخرجان من العنق ويبقيان

في المهبل بحيث تستطيع المرأة بنفسها مراقبة الجهاز والتأكد من وجوده والانواع المستعملة غالباً هي :

١ - الجهاز التمعجي اوربطة ليبس (اللولب)
Lippes Schleife = Lippes loop

وهو جهاز ينتهي بخيطين رقيقين من مادة النايلون او ما يشبهها .

٢ - الجهاز الحزوني لمارغوليس Margulis - Spiral وينتهي بخيط عليه عقيدات لتسهيل امساكه وجره .

٣ - حلقة اوتا Ota - Ring وهي حلقة غره فنبزغ اجري علم - اليابانيون بمض التطوير .

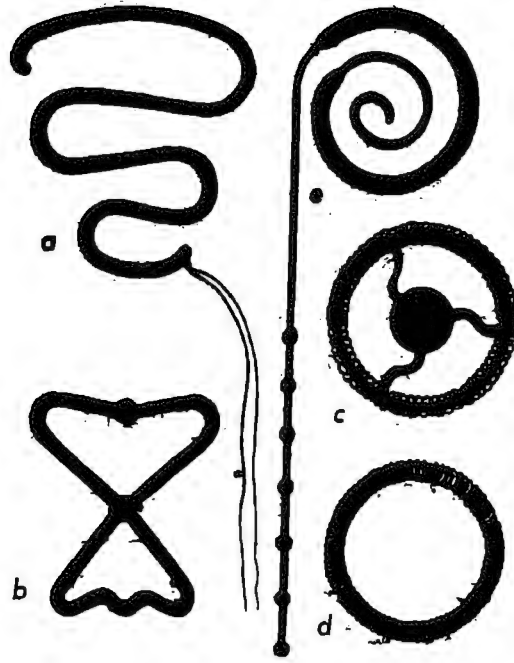
٤ - الجهاز الثاني : ويشبه الرقم ثمانية المستعمل في كتابة الارقام الاجنبية .
توضع هذه الاجهزة داخل الرحم بشكل مواز لجداريه الامامي والخلفي والزمن المناسب في ادخال احدهذه الاجهزة الى باطن الرحم يكون إما في اليومين الاخيرين من أيام الطمث أو في اليومين التاليين مباشرة لانهائه .
لقد تبين حسب الاحصاءات الاخيرة المجرأة عام ١٩٦٤ في الولايات المتحدة أن فشل هذه الطريقة في منع الحمل هي بنسبة ٢٠٦٪ كما تدل الاحصاءات أيضاً على أن هـ الاجهزة المدخلة الى باطن الرحم لم تؤد الى حدوث أية التهابات حوضية كما أن الفحوص المخبرية المتعاقبة لم تثبت قطعاً انها واسطة لادخال الجراثيم الى باطن الرحم .

اما المحاذير الناجمة عن استعمال هذه الاجهزة فتكون في انطراحها الى خارج الرحم وبالتالي حدوث الحمل حيث أثبتت الاحصاءات عام ١٩٦٤ ان نسبة

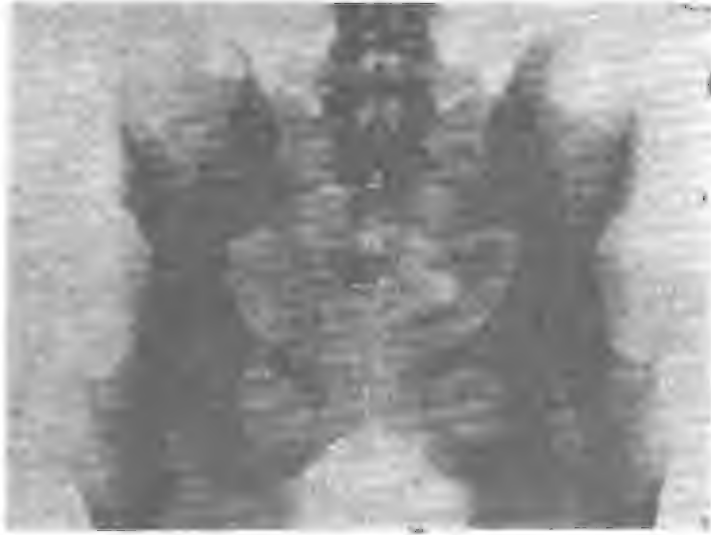
انطراحها تصل الى ١٣٪ وتحدث غالباً في الشهور الاولى من ادخلها ويلعب حجم الجهاز نسبة الى حجم الرحم دوراً اساسياً في هذا الانطراح لذا فقد صنّت بقياسات مختلفة منها القياس الصغير والوسط والكبير وتعتبر المنظمة المالية لتنظيم النسل أن تطبيق مثل هذه الاجهزة يقوم بالدور المطلوب منه دون تربض المرأة الى أية اضرار لذا فقد نصحت باستعماله .

اما آلية تأثير هذه الاجهزة في منع الحمل فلم تتوضح بعد علماً بأنه لا يمكن القول مطلقاً ان عدم تمشيش البيضة داخل الرحم يعود الى الضرر الذي أحدثته هذه الاجهزة في الفشاء المخاطي لبطن الرحم . لقصد كان يعتقد أن دور هذه الاجهزة في منع الحمل يكون في احداث زيادة في الحركات الحوية في البوقين مما يؤدي الى وصول البيضة الى داخل جوف الرحم قبل تهيؤ الفشاء المخاطي لبطن الرحم للتمشيش . هذا ويجب الانتباه الى أنه قد تحدث البمض في الآونة الاخيرة عن وجود احتمال سقوط هذه الاجهزة في داخل جوف البطن .

الا أن النظرية الحديثة تقول ان دور هذه الاجهزة في منع الحمل يقوم على حدوث تضررات كيميائية وليست النهائية او نسجية في الفشاء المخاطي لبطن الرحم وهي المسؤولة عن عدم حدوث الالقاح أو التمشيش في حالة حدوث الالقاح ويعمل حالياً على جعل هذه الاجهزة تلامس أوسع سطح ممكن من الفشاء المخاطي لبطن الرحم لأنه كلما كانت التضررات الكيميائية فيه أشد تكون نسبة امكانية حدوث الحمل أقل .



شكل (٧٨) : أشكال مختلفة للأجهزة المدخلة في باطن الرحم
 Intrauterinpressare = IUCD



شكل (٧٩) : صورة شماعة للحوض
ويظهر فيها جهاز ليبس (اللوب) داخل الرحم

٣ - الطرق الكيماوية في منع الحمل : Chemische Methoden

يقصد بالطرق الكيماوية في منع الحمل تطبيق بعض المواد الدوائية موضعياً داخل المهبل تؤدي الى قتل الحيوانات النوية وتصنع هذه الادوية على شكل مضغوطات أو تحاميل أو ييوض أو كريم وتؤثر جميعها بشكلين :

الاول : اغلاق الفوهة الخارجية لمنق الرحم آلياً خلال فترة قصيرة بعد تطبيقها .

الثاني : تخريب او شل حركة الحيوانات النوية بحيث لاتتمود قادرة على الالتحاق .

تحتوي المواد المطروحة في الاسواق حالياً في الغالب على حمض الالين أو حمض البوريك أو مشتقات الكينين أو حمض الساليسيليك او مركبات

الزئبق العضوية او انها مركبة من مزيج من بعض هذه المواد وفي حال استعمال المضبوطات أو التحاميل أو البيوض يتوجب ادخلها عميقاً في المهبل قبل الجماع (٥ - ١٠) دقائق كما يتوجب أيضاً ان تكون سهلة الانحلال لذلك يشترط وجود رطوبة كافية داخل المهبل. اما في حالات استعمال هذه المواد بشكل كريم او هلام فيقتضي ذلك الاستعانة بمحاقن مهبلية لادخلها في المهبل كما يمكن استعمالها مع الحجاب المهبلي بحيث يطلى وجهها الحجاب بها وبما أن هذه المواد لا تنحل داخل المهبل لذلك يتوجب استعمالها مباشرة قبل الجماع ويتراوح فشل هذه الطرق بين (٨ - ٣٦٪).

اما احتمال تسمم المرأة نتيجة امتصاص هذه المواد عن طريق المهبل وخاصة المركبات الزئبقية فقد نوقش كثيراً ولم يثبت حدوثه كما ان تشوه تخلق الجنين بسبب استعمال هذه المواد غير وارد قطعاً لان الرأي السائد حالياً هو ان الحيوانات المنوية المشوهة او المتأذية ليست لديها القدرة على الالقاح اذ انه في فحص مفرزات عنق الرحم لم يعثر الا على حيوانات منوية طبيعية بينما عثر على ٢٠٪ منها مشوهة عند فحص الحيوانات المنوية المأخوذة مباشرة بعد القذف او المأخوذة من داخل المهبل.

٤ - طرق منع حدوث الاباضة : Ovulationshemmer

تعود تجارب منع حدوث الاباضة باستعمال الهرمونات الى بعض العلماء الالمان إذ نشر العالم هابرلنت سنة ١٩٢١ Haberlandt نتيجة اختباره على الحيوانات أنه بزوع الجسم الاصفر الحلي في حيوان انثى في سن النشاط التناسلي أمكن منع الحمل عندها لفترة طويلة . وفي سنة ١٩٤٤ تمكن العالمان بيكنباخ وبوليكوفيتش Bickenbach - Paulikoviec من منع حدوث الاباضة باعطاء مقادير كبيرة من البروجسترون يومياً ولم تنعكس

هذه التجارب على الطب العملي لتستعمل في منع حدوث الاباضة لان هرمون البروجسترون في ذلك الوقت لا يمكن تطبيقه الا عن طريق الحقن . لذلك فان امكانية الحصول على هرمون الجستاجين التركيبي والذي اصبح من الممكن استعماله عن طريق الفم مهدت الطريق لتعميم الطريقة المعروفة حالياً في منع الحمل وقد استطاع العالمان بينكوس وروك Pincus und Rok في الولايات المتحدة ايجاد مركب هرموني من الجستاجين والاوستروجين معاً واستعماله في منع الحمل وتعتبر هذه الطريقة حتى الان الطريقة المثلى لان نسبة فشل استعمالها اقل نسبة من اية طريقة اخرى . والواقع ان تأثير هذا التركيب الهرموني يشمل اعضاء مختلفة في البدن بحيث يؤدي الى حدوث منع الاباضة إذ يؤثر :

١ - على الجهاز المركزي اي على جهاز (الدماغ المتوسط - الفص الامامي للنخامة) فيؤدي الى نقص افراز النونادوتروپين إذ نلاحظ قبل كل شيء زوال او هبوط الذروة التي يجب ان تصل اليها نسبة الهرمون الملوتن (LH) وهو الهرمون المعروف بدوره في نمو وانضاج جريب غراف

٢ - على الفشاء المخاطي لباطن الرحم بحيث يقيه غالباً في دور التئمي دون حدوث تحوله الى دور الافراز وبالتالي لا يستطيع قبول البيضة الملقحة وتمشيها فيه

٣ - على عنق الرحم بحيث لا يطرأ التئير قبيل الاباضة الذي يحدث عادة في الطموث الطبيعية تبقى مفرزات عنق على حالتها الطبيعية من حيث الزوجة مما يمنع الحيوانات المنوية من اجتياز هذه المادة المخاطية لكي تصل الى داخل عنق

٤ - أما تأثيره على الرحم بشكل عام فيضخمه قليلاً يوجد هذا المركب في الاسواق باسماء مختلفة لاختلاف المساميل التي

تصنعه ولاختلاف بمض المواد المستعملة في تركيبه والتي تعود جميعها الى الأصل وهو هرمون الجستاجين وهرمون الاوستروجين او الى ما يقوم بدورها مثل استعمال الهرمون ١٩ نورتستوستيرون Testosteron - 19 Nor بدلاً من هرمون الجستاجين .

آ - كيفية تطبيق هذه الطريقة :

تطبق هذه الطريقة باعطاء حبة واحدة يومياً اعتباراً من اليوم الخامس للدورة الطمثية حتى اليوم الخامس والشرين او السادس والعشرين حسب الدواء المستعمل من حيث نوعيته وعدد حياته (٢١ او ٢٢) حبة هذا في الشهر الاول أما في الشهور التالية فتترك فاصلة سبعة أيام بعد آخر حبة ثم يبدأ بعلبة جديدة وهكذا ...

وللحصول على نتائج مضمونة مائة بالمائة يجب ألا يزيد الزمن بين تناول حبتين على ٣٦ ساعة ورغم عدم اثبات اية نتائج ضارة في الاستمرار باستعمال هذه الحبوب فينصح الكثيرون بفترة راحة من ١ - ٢ شهراً بعد مرور سنتين على استعمال الدواء بشكل مستمر .

١ - استطبانات منع حدوث الحمل :

بالاضافة الى ما ذكرناه من نتائجها في منع حدوث الاباضة فقد ثبت أن لها استطبانات أخرى في معالجة بعض الامراض النسائية :

آ - في معالجة داء البطانة الرحمية Endometriose

ب - عسرات الطمث الوظيفية

ج - الاضطرابات الطمثية

د - المقم الوظيفي

التأثيرات الجانبية لحبوب منع الحمل :

قد تصاب المرأة في الشهر الاول من استعمال هذه الحبوب بأعراض تشبه الوحام كالقيان وحرقة المدة كما يمكن ان تصاب أحياناً بنزف خفيف يزول اذا ضاعفنا مقدار الحبوب اليومي اي باعطاء حبتين يومياً ولكن قد يكون النزف شديداً يشبه الطمث أو أشد منه ففي مثل هذه الحالة يجب التوقف حالاً عن استعمال الحبوب ثم يعطى في اليوم الخامس من بداية النزف حبة واحدة يومياً من علبة جديدة. قد تصاب النساء بزيادة في الوزن تبلغ ١٥٪ تزول بعد فترة قصيرة كما يمكن ان تصاب بعض النساء بنقص في الوزن أيضاً اما تأثير الحبوب في اضعاف الرغبة الجنسية فلم يثبت ذلك حتى الآن. كذلك بالنسبة لاجداث الآفات السرطانية فانها لم تثبت أيضاً . اما ما قيل عن احتمال تأذي الكبد او تكون الصمامات فلا تزال تحت المناقشة لكنه لم يثبت ذلك ايضاً حتى هذا التاريخ إلا ان تأثيرها في ادرار الحليب أمر ثابت اذ تؤدي الى نقص افراز غدة الثدي للحليب او انقطاعه .

وبالاختصار فان التأثيرات الجانبية لهذه الحبوب تزول بعد ٢ - ٣ اشهر ولكن ثبت وجود حالات نادرة لا تتحمل فيها المرأة استعمالها عندئذ يكفي بتبديل نوع الحبوب المستعملة اي بتبديل المشتقات التركيبية للاوستروجين والجستاجين حتى تجد المرأة النوع الملائم لها .

إن افضلية استعمال هذه الحبوب في منع الحمل بالنسبة لبقية الطرق تعود الى نتائجها المضمونة في هذا النع اما ما يقال عن حصول الحمل رغم استعمالها فيعود ذلك الى انطأ في طريقة الاستعمال . كما تجدر الملاحظة بأن ضمانة هذه الطريقة القطعية تبدأ منذ الشهر الثاني وتفسير ذلك هو أن هذه الهرمونات (الجستاجين والاوستروجين) ليست كافية في الشهر الاول

تؤدي الى لجم التوناوثرويين ذلك الهرمون الذي يلعب الدور الاساسي في انهاء الجرب واحداث لاباضة لذا فعلى الزوجين أخذ الحيطة في الشهر الاول .

اما عند وجود الرغبة في استعمال هذه الحبوب بعد الولادة او بعد الاسقاط فيجب الانتظار حتى حدوث دورة طمثية ثم تستعمل بعدها خشية حدوث الاضطرابات الهرمونية التي قد تنشأ عقب الولادة كتناذر شيهان مثلاً .

هذا ويتوجب اجراء الفحوص النسائية وفحص الثديين في فترات منتظمة بالنسبة للنساء اللواتي يستعملن هذه الحبوب خوفاً من حدوث اصابة ما (ورمية) اذ أن دراسة التأثيرات البعيدة لهذه الحبوب لم تنته بعد .

مضادات استطباب استعمال حبوب منع الحمل :

تقسم مضادات الاستطباب بالنسبة للحالات المرضية الى قسمين :

١ - مضادات الاستطباب المطلقة : ويقصد بها الحالات التي يمنع فيها استعمال حبوب منع الحمل منعاً باتاً وهي :

آ - الحمل وخاصة في الاشهر الثلاثة الاولى لوجود احتمال اصابة الجنين الانثى بالاسترجال اذ أن بعض النساء يبدأن باستعمال الحبوب دون علمهن بالحمل او ان النساء اللواتي يستعملن حبوب منع الحمل اخطأن في تطبيق هذا الاستعمال فحدث الحمل دون علمهن واستمررن في تناول هذه الحبوب .

ب - اورام الجهاز التناسلي لو الثدي الخبيثة التي تتأثر بالهرمونات التناسلية

٤ - مضادات الاستطباب النسبية : ويقصدها الحالات المرضية التي تختلف من مريضة الى اخرى

آ - الاصابات الكبدية الشديدة مثل التهابات الكبد الزمنة ، تشمع الكبد ...

ب - الاصابات السابقة بالصدمات الدموية والواقع ان علاقة تحثر الدم بحبوب منع الحمل ليسب ثابتة ولكن من المعروف ان الاستهروئيدات تؤثر على تحثر الدم كما يحدث في اللور المفرز من الدورة الطمثية الطبيعية او في حالات الحمل

ج - الحالات المرضية التي تسوء خلال الحمل مثل الصرع ، الداء السكري تصلب الاوعية ، الآفات القلبية ، السل ، أورام الرحم العضلية ، الآفات الكبدية ، والقصورات الكلوية الشديدة

د - الحمود النفسي

٥ - الطرق الدوائية المصنفة لانطف :

إن هذه الطريقة لازال في حقل التجارب ولم تستعمل بمد ولكن تجدر الملاحظة بأن حبوب منع الحمل اذا اعطيت للرجل فانها تؤدي بعد فترة من الزمن الى لجم تشكّل النطف ولكنها في نفس الوقت سوف تؤدي الى ضعف في الرغبة الجنسية كما تحصل نفس النتيجة هذه اذا استبدلت حبوب منع الحمل المعروفة بمقادير عالية من الهرمونات المذكورة حيث ثبت أنه باعطاء ٢٥٠ ملغ يومياً من مركبات التستوستيرون مدة (٧٠) يوماً واجرى فحص مخبري للسائل المنوي فستكون النتيجة اندام الحيوانات النوية فيه كما ان الرجل نفسه يصاب بضعف شديد في الرغبة الجنسية . هذا وقد امكن الوصول الى نفس النتيجة باعطاء مشتقات ديكلوراسه تيل دي أمين —

Dichlor Acetyl Diamin

٦ - الطرق الجراحية في تعقيم الرجل او المرأة :
قد يجد الجراح النسائي خلال عملية جراحية ما ان المريضة بحاجة الى اجراء التعقيم الجراحي وبمود ذلك طبعا الى تقديره الشخصي . هذا بالنسبة للمرأة اما بالنسبة للرجل فالأمر يختلف إذ انه في عمليات التعقيم يجب ان تؤخذ النواحي القلنونية المطبقة بعين الاعتبار وقد تحدث كيرشهوف عام ١٩٦٢ Kirchhoff في مواضع الطب العملي والعلب الشرعي عن ذلك لكن هذا الامر لا يزال مطلقاً وغير مأخوذ به هذا ويتمنع بنائاً عن القيام بمثل هذه العمليات اذا كانت مضرّة بصحة المريض . والواقع ان العمليات الجراحية بالنسبة للمرأة او الرجل في منع حدوث الحمل تعتبر من الطرق الحاسمة والمضمونة وقد استعملت الطريقة الجراحية في تعقيم الرجل في الهند حيث بلغ عدد المعقمين حتى هذا التاريخ حسب بعض الاحصاءات ما يزيد عن ثلاثة ملايين رجلاً .



الباب السادس

تبدلات موقع الاعضاء التناسلية

﴿ ملاحظات عامة ﴾

Lageveraenderungen der Genitalorgane Vorbemerkungen

لكي نفهم موقع الرحم وهو اكبر الاعضاء التناسلية عند المرأة ولبيان تبدلات هذا الموقع مع تبدلات موقع الاعضاء التناسلية الاخرى يجب ان نفهم التماير الثلاثة التالية التي سوف نتمدها في شرح ذلك .

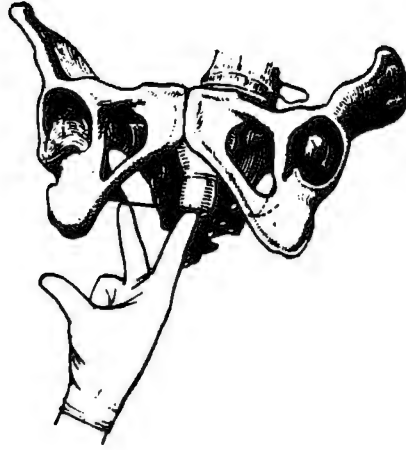
١ - الوضع Stellung = Positio

٢ - الانقلاب Kippung = Versio

٣ - الانطاف Knickung = Flexio

١ - الوضع : Positio

يحدد الوضع موقع الرحم داخل الحوض الصغير والغالب اننا نجد الرحم متوضعا في مركز الحوض حيث تقع الفوهة الظاهرة للمنق Portio على الخط الواصل بين النائتين الشوكيين بينما يلامس قعر الرحم السطح المماس للمضيق العلوي للحوض او يتجاوزه قليلاً .



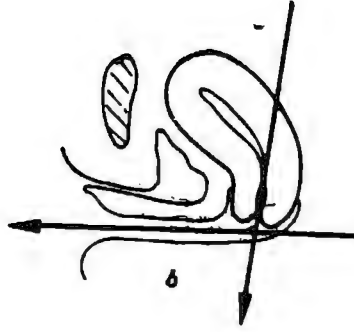
الشكل (٨٠) : وضع الرحم حيث تقع الفوهة الظاهرة
للمنق على الخط الواصل بين الناتئين الشوكيين بينما يلامس قعر الرحم
السطح المماس للمضيق العلوي للحوض او يتجاوزه قليلاً

٢ - الانقلاب : Versio

ونعني بذلك انقلاب الرحم بكامله الى احدى الجهات ويكون في اغلب
الحالات نحو الجهة الامامية Anteversio حيث يشكل محور الرحم مع
محور المهبل زاوية مفتوحة نحو الامام واذا ترافق الانقلاب بالانطفاف
فالزاوية تتشكل من التقاء محور عنق الرحم مع محور المهبل .

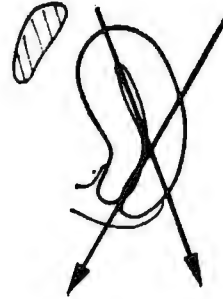
٣ - الانطفاف : Flexio

ونعني به انطفاف جسم الرحم على عنقه حيث تتكون الزاوية بين محور
جسم الرحم ومحور المنق . يكون الرحم في الحالات الطبيعية بحالة الانطفاف
الامامي والزاوية بين المحورين هي زاوية منفرجة اي ان العلاقة في الانطفاف
تقع بين جسم الرحم وعنقه فقط .



الشكل (٨١) : الانقلاب الامامي
حيث يبدو الرحم منقلباً بكامله نحو الامام وقد شكل محور
الرحم مع محور المهبل زاوية مفتوحة نحو الأمام

الشكل (٨٢) : الانطاف الامامي
وهو انطاف جسم الرحم على الفتق
نحو الامام



الشكل (٨٣) الرحم في الحالة
الطبيعية حيث يكون منعطفًا قليلًا
ومنقلباً قليلاً نحو الامام .



اذن فالانمطاف الامامي Anteflexio هو انمطاف محور جسم الرحم على محور العنق بالاتجاه الامامي اما الانمطاف الخلفي Retroflexio فهو انمطاف محور جسم الرحم على محور العنق بالاتجاه الخلفي . هذا ويكون الرحم في الحالة الطبيعية منمطفاً قليلاً وفي الوقت منقلباً قليلاً نحو الامام ايضاً .

اذن فالحالة الطبيعية للرحم هي ان يكون منمطفاً ومنقلباً نحو الامام

من أخص مميزات الرحم ان يكون متحركاً في كافة الاتجاهات وانه يعود الى مكانه الطبيعي الذي كان عليه اذا زال العامل المؤثر الذي أدى الى تغيير موقعه .

ماهي النسج التي تحافظ على موقع الاعضاء التناسلية

نميز من هذه النسج ثلاثة انواع

أ - أجهزة الربط ، أو الربط Bandapparat

ب - أجهزة التثبيت Halteapparat

ج - أجهزة الدعم Stützapparat

أ - أجهزة الربط :

١ - الرباط الرحمي المنبني اي الرباط المدور

Chordae utero - inguinales = (Ligg. Rotunda)

٢ - الرباط الرحمي الببيضي اي الرباط المبيضي الخاص

Chordae utero ovaricae = (Ligg. Ovarii propria)

٣ - الرباط المبيضي الملق أي الرباط القعمي الحوضي

Ligg . Suspensoria Ovarii =

(Ligg .infund . Pelvica)

ب - اجهزة الثبيت :

ونفي نسج ماحول الرحم المثبتة التي تتكون بشكل رئيسي من الرباط الرئيسي لماكنروت (Ligg . Cardinalia (Mackenrodt) وتحتوي على الياف عضلية مرنة وغرائية ، اما الرباط المعجزي الرحمي

Ligg . Sacrouterina

فليس له قيمة من الناحية العملية .

ج - اجهزة الدعم :

ونفي بها قاع العجان Beckenboden حيث تتشكل من سطوح عضلية وسطوح صفاقية وتقسّم الى ثلاثة اقسام .

١ - الحجاب الحوضي : Diaphragma pelvis

ويتشكل من العضلة الرافعة للشرج M.Levator ani بجزئها العاني Pars Pubica والوركي Parsischiadica

٢ - الحجاب البولي التناسلي : Diaphragma Urogenitale

ويتشكل القسم المهم منه من العضلة المعترضة العجانية العميقة

M. Transversus perinei profundus

٣ - السطح الخارجى ويتألف من العضلة البصلية الكهفية

M. Bulbo - Cavernosus

والعضلة المعصرة للشرح M. Sphinkter ani ونمفي بقاع العجان
هنا كل عضلات الحوض المذكورة تحت عنوان اجهزة الدعم والتي تشكل سطحاً
متيناً ومرناً تستند عليه أعضاء الحوض اي المثانة والرحم والمهبل والمستقيم .

والشيء الرئيسي هنا هو ان جناحي العضلة الرافعة يتركان بينها ممراً
حرراً باتجاه مخرج الحوض يسمى فرجة العضلة الرافعة Levatorspalt او
الفرجة التناسلية Hiatus genitalis وهي عبارة عن فرجة طولانية
عضلية ينفذ قسمها الامامي بالسطح العضلي الثاني لقاع الحوض اي بالحجاب البولي
التناسلي اي بالعضلة العجانية العميقة

Diaphragma genitalis = M. Transversus Perinei
Profundus

المواقع المختلفة للرحم :

لقد حددنا في اول هذا البحث مفهوم كل من التعابير الثلاثة :

الوضع Positio الانقلاب Versio الانعطاف Flexio
واكدنا على ضرورة معرفتها اذ نستطيع بالاعتماد عليها ان نبرز بوضوح موقع
الرحم والتبدلات التي تطرأ على هذا الموقع .

إن من المؤكد ان موقع الرحم وهو اكبر الاعضاء التناسلية عند
المرأة لا يمارس أي تأثير على بنية الاعضاء الاخرى عدا حالات خاصة ثلاث
سوف نتعرض لها لاحقاً .

إلا انه يمكن للأورام والالتهابات الحوضية ان تؤثر على موقع الرحم
لتخرجه من مكانه الطبيعي الى مكان آخر غير ان هذا الانتقال هو انتقال

بالمكان وليس تحولاً مرضياً أصاب الرحم .

الوضع :

ويعني موقع الرحم داخل الحوض

الانمطاف : FLexio

ويعني انمطاف جسم الرحم على عنق وتشكل زاوية بين محوريها .

١ - الانمطاف الأمامي : Anteflexio uteri

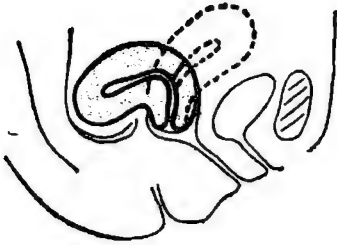
ويعني ذلك أن انمطاف جسم الرحم على العنق متجه نحو الأمام وهذه هي الحالة الطبيعية للرحم . أما حالات الانمطاف المرضية فتراها في :

٢ - فرط الانمطاف الأمامي : Hyperanteflexio uteri

أي أن الانمطاف شديد وأن الزاوية المشكّلة بين محور الجسم ومحور الرحم هي زاوية حادة .

٣ - الانمطاف الخلفي : Retroflexio uteri

ويعني ذلك أن انمطاف جسم الرحم على العنق متجه نحو الخلف أي باتجاه التقيير العجزي .



الشكل (٨٥)
الانمطاف الخلفي



الشكل (٨٤)
فرط الانمطاف الأمامي

أما انفتال الرحم Torsio uteri فيعني انفتال الرحم حول محوره الطولي وهي حالة نادرة .

إن ما يصادف في الحياه العملية عادة هي تلك التبدلات المذكورة والمشاركة لموقع الرحم . والواقع ان ما يهمننا دراسته من هذه التبدلات هي الحالات التالية :

- أ - الانمطاف الخلفي للرحم : Retroflexio uteri
ب - فرط الانمطاف الامامي : Hyperanteflexio uteri
ج - السقوط الرحمي : Descensus uteri

والسقوط الرحمي الشديد : Prolapsus uteri

أ - الانمطاف الخلفي :

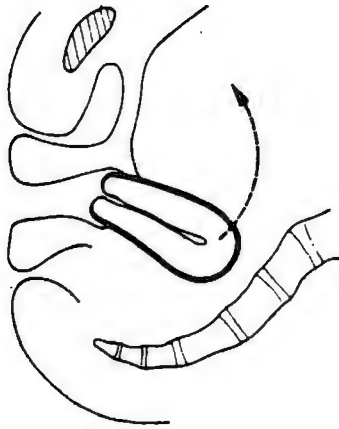
إذا شخصنا في فحص نسائي ما انمطافاً خلفياً توجب علينا قبل كل شيء الاجابة على السؤالين التاليين :

الأول : هل الرحم لا يزال متحركاً بشكل جيد أي لا يزال قابلاً للتقويم ؟

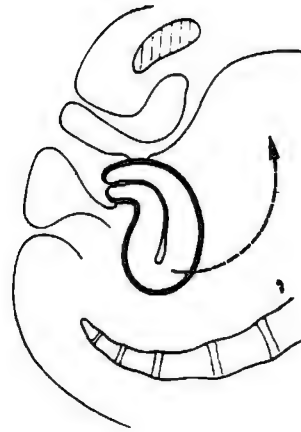
الثاني : هل الرحم ثابت في وضعيته الحالية نتيجة للاتصاقات التي حدثت بينه وبين الاعضاء المجاورة بحيث لم يعد قابلاً للحركة وبالتالي للتقويم ؟

الانمطاف الخلفي المتحرك : Retroflexio uteri mobilis

يجب أن نعلم جيداً أن الانمطاف الخلفي المتحرك حالة كثيرة المصادفة وانها لا تعتبر حالة مرضية بالمعنى الحقيقي للمرض ومن النادر أن تسبب ازعاجاً للمريضة ، لذا فإن معالجتها غير واردة إلا في حالات خاصة جداً .



الشكل (٨٧)
الانقلاب الخلفي المتحرك



الشكل (٨٦)
الانعطاف الخلفي المتحرك

وينطبق ذلك أيضاً على الانقلاب الخلفي المتحرك وعلى الحالات التي يشترك فيها الانقلاب والانعطاف معاً في الرحم المتحرك .

لهذا فإن الآلام التي تشكو منها النساء المصابات بالانعطاف الخلفي المتحرك ليست ناجمة عن الانعطاف نفسه دائماً وإنما عن أسباب أخرى .

فالآلام الظهرية مثلاً تنجم غالباً عن أسباب تتعلق بالعمود الفقري أما المقم أو الاسقاطات العفوية فليس للانعطاف الخلفي المتحرك الا أثراً بسيطاً فيها إذ من الغالب ان تكون نتيجة لقصور مبيضي لذا علينا أن نعالج هذا القصور لا أن نعالج الانعطاف بالذات . إلا ان هناك حالات استثنائية نادرة يعود السبب فيها الى الانعطاف المذكور ، كما أن من الثابت أيضاً وجود حالات يكون الانعطاف الخلفي سبباً في صعوبة الالتحاق لذا يفضل ان يصارح الطبيب

المریضة ویعلمها بأصابتها بالانطفاف الخلفی وان یوضح لها عدم أهمیته لأنها سوف تعلم دون شك من غیره عن حالتها هذه التي قد تتصور أنها مسبب فی كافة الازعاجات والآلام التي تشكو منها .

التشخیص :

یشخص الانطفاف الخلفی التحرك اذا أمكن تقویم الرحم واعادته الى وضعه الطبیعی .

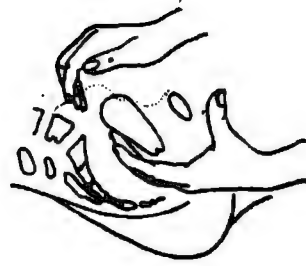
الطرق المستعملة فی تقویم الرحم :

١ - طريقة شولتز Schultze

وتقوم هذه الطريقة على دفع الجدار الخلفی للرحم بالید الماسة باتجاه الأعلى وعندما یصبح قعر الرحم محسوساً من جدار البطن یسند بالید الجاسة باتجاه الأعلى ويقوم شیئاً فشیئاً نحو الأعلى والامام بینما تنتقل اصابع الید الماسة من الجدار الخلفی للرحم الى عنق الرحم لتدفعه نحو الخلف والأعلى ای كأننا ندور الرحم بكامله على محور اقصى یجتاز مضیق الرحم من الجانبین .



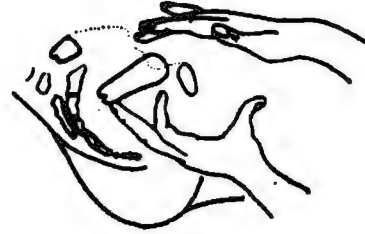
الشكل (٨٨)



الشكل (٨٩)



الشكل (٩٠)



الشكل (٩١)

تقوم الرحم في الانعطاف الخلفي المتحرك
حسب طريقة شولتز Schultze

أما إذا لم تنجح هذه الطريقة فأننا نأجأ الى الطريقة الثانية وهي :

٢ - طريقة كوستنر : Küstner

وتقوم هذه الطريقة على مسك الشفة الامامية لعنق الرحم بملقط العنق
وجر الرحم باتجاه الملقط ثم ندفع باليد الماسة الجدار الخلفي لجسم الرحم
نحو الأعلى والخلف باتجاه الخرشوم وفي نفس الوقت ندفع ماقط عنق الرحم
نحو الاسفل والخلف باتجاه عظم المصعص ، اي أننا نقوم بتدوير الرحم

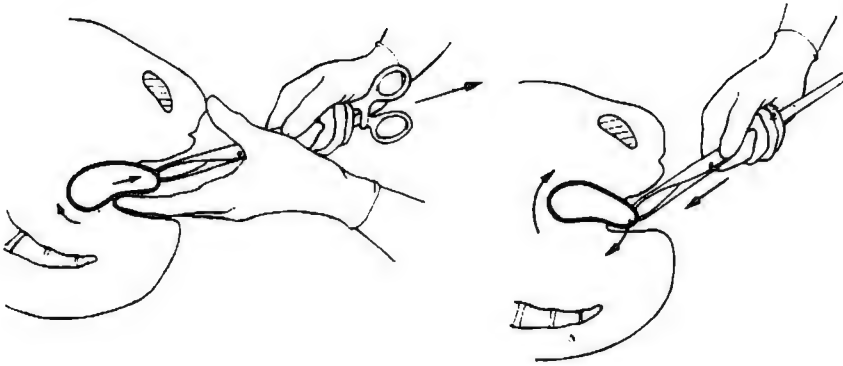
كما فعلنا في طريقة شولتز السابقة فاذا لم تنجح هذه الطريقة ايضاً فانتنا
نميد تطبيقها مرة ثانية تحت التخدير العام فاذا فشلت دل ذلك على وجود
التصاقات مثبتة للرحم حتى اذا لم نكن قد شعرنا بهذه الالتصاقات اثناء
المس النبلي .

ملاحظة :

قد يفكر البعض بتقويم الرحم بادخال مسبار الى جوفه ودفع جسم
الرحم نحو الاعلى والامام ، ان هذه الطريقة محظورة خطراً تاماً لخطرها
في احداث :

١ - انتقاب الرحم

٢ - الاتان



الشكل (٩٢) : تقويم الرحم في الانمط الخلفي المتحرك

حسب طريقة كوستنر Küstner

اسباب الانمط الخلفي المتحرك :

آ - يشاهد الانمط الخلفي المتحرك غالباً بعد الولادة اذ من الثابت
أن كثيراً من النساء كان وضع الرحم عندهن طبيعياً اي بالانمط الامامي

ولكن بعد الولادة وفي فترة النفاس وجد أن الرحم قد أصبح بوضع الانعطاف الخلفي ويمزى ذلك الى كبر حجم الرحم وليوته من جهة والى ليونة الربط والاجهزة المثبتة اثناء الحمل من جهة ثانية بحيث أدى ثقله الى عطفه نحو الخلف .

ب - يمكن للانعطاف الخلفي المتحرك ان يكون عرضاً لوهن عام
Asthenie

او ضعف مقوية عام Hypotonie وكلاهما من منشأ ولادي .

لقد ذكرنا فيما سبق أن الانعطاف الخلفي المتحرك يندر أو يسبب ازعاجاً للمريضة إلا أن هناك حالات نادرة تشكو فيها من الآلام الظهرية أو من الآلام الطمئية او غير ذلك من الازعاجات وان السبب يعود الى الانعطاف الخلفي المتحرك ونستطيع ان نتأكد من ذلك باختبار الكمكات

Pessartest

يقوم هذا الاختبار على تقويم الرحم وأعادته الى وضعه الطبيعي بأحدى الطريقتين المذكورتين ثم وضع الكمكة لتثبت الوضع مدة (٤ - ٦) اسابيع فاذا زالت الآلام الظهرية التي تشكو منها المرأة جاز لنا ان نغزو تلك الآلام الى الانعطاف الخلفي للرحم الا أن مثل هذه الحالات نادرة . هذا ويجب علينا قبل ان نقر المداخلة الجراحية اجراء تجربة المعالجة المائية ، Hydrotherapie التدليك ، Massage الحركات الرياضية الخاصة ، Gymnastikbehandlung فاذا فشلت هذه المعالجات كلها نلجأ عندئذ الى المعالجة الجراحية :

الطرق الجراحية المستعملة :

١ - هناك طريقة لا تتطلب اجراء فتح البطن وهي طريقة الكسندر Alexander - Adamsche Operation وتعتمد هذه الطريقة

على تقصير الرباطين المدورين بجرهما عن طريق الثنتين المنبتين وتثبيتها على
على صفاق العضلة المنحرفة الخارجية M. obliquus externus وقيد
قل استعمال هذه الطريقة لأن الجراح يتداخل دون رؤية ما يفعل ، اي مداخله
عمياء Blinde operation

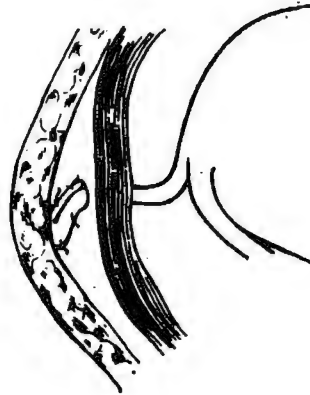
٢ - وهناك طرق تتطلب فتح البطن وتعتمد ايضاً على تقصير الرباطين
المدورين وهما :

أ - طريقة دولوريس وغيليام . Doloris - Hillamsche op .
وتقوم هذه الطريقة على جر الرباطين المدورين من خلال فتحة تجرى في كل
من العضلتين المستقيمتين الاماميتين وتثبيتها على جداريهما الاماميين .

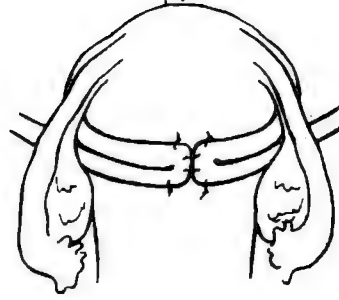
ب - طريقة فو بستر بالدي - فرانكه

Webster - Baldy - Frankesche op .
وتقوم هذه الطريقة على خياطة الرباطين المدورين على الجدار الخلفي للرحم

الشكل (٩٣) : تقويم الرحم في
الانطاف الخلفي حسب طريقة
دولوريس وغيليام الجراحية



الشكل (٩٤) : تقويم الرحم في
الانطاف الخلفي حسب طريقة
فه بستر - بالدي - فرانكه الجراحية



الانطاف الخلفي الثابت والانعقاب الخلفي الثابت :

Retroflexio und Retroversio uteri Fixata

هناك سببان يؤديان الى تثبيت الانطاف الخلفي والانعقاب الخلفي هما :

١ - الالتهابات :

واغلبها التهاب البوقين وآفات المبيضين (اورام الملحقات ، قيعج البوقين ،
خراجات المبيضين)

تكون الالتهابات والآفات غالباً مزدوجة الجانب وتجبر اورام الملحقات
الرحم نحو الخلف لتجمله بوضع الانطاف والانعقاب الخلفيين ممّا حيث يثبت
الرحم في هذا الوضع الجديد نتيجة للآفات التي ستحدث في المستقبل مثل
خراجات رتج دوغلاس ، الحمل خارج الرحم أو التهاب البريتوان الحوضي .

٢ - داء البطانة الرحمية او الاندومتريوز Endometriose

وبخاصة تلك التي تنمو على الوجه الخلفي لمنق الرحم او في رتج
دوغلاس والتي تؤدي جميعها الى جر الرحم نحو الخلف واحداث الانطاف
الخلفي او الانعقاب الخلفي .

الامراض :

تجلى الاعراض بالآلام ظهرية وعسرات الطمث وآلام الجماع والاضطرابات العلمنية وغير ذلك . تكون غالباً آلام الانطاف الخلفي الثابت والانقلاب الخلفي الثابت الناجمين عن الاندومتريوز المتوضع على الجدار الخلفي لعنق الرحم شديدة جداً كما تظهر قبل وخلال الطمث .

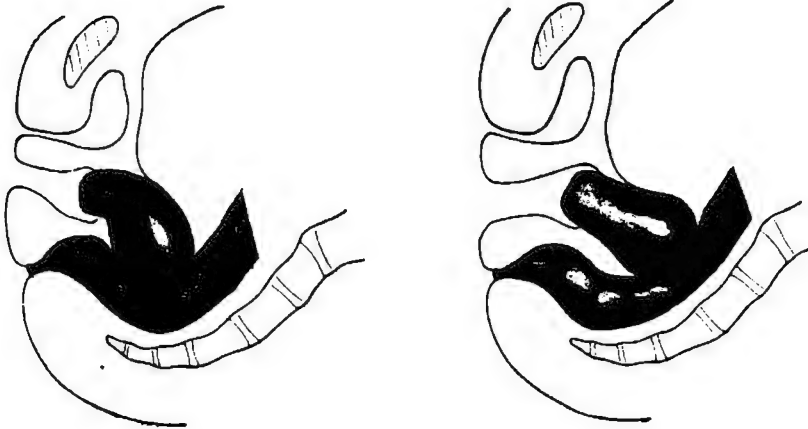
التشخيص :

يعتمد التشخيص على ثلاث علامات يشعر بها باللس المهبل المتعرج بالجنس البطني هي :

أولاً : الشهور بسطوح ندية . او جبال ندية او الشهور بالملحقات متوضعة خلف عنق الرحم

ثانياً - فشل طرق تقويم الرحم

ثالثاً - آلام التقويم ونفي بذلك الألم الذي تشعر به المريضة عند محاولة تقويم الرحم نتيجة للشد الواقع على الالتصاقات المثبتة للرحم ويعتبر هذا الألم علامة مميزة



الشكل (٩٥) : الانطاف الخلفي الثابت والانقلاب الخلفي

الثابت نتيجة لاسباب التهابية

المعالجة

اذا كانت الاسباب المثبتة للانمطاف الخلفي او الانقلاب الخلفي النهائية المنشأ ومترافقة بالام فالمعالجة الجراحية بحتة بهدف فك الالتصاقات وفحص الملحقات لذا فالداخلية الجراحية يجب ان تكون عن طريق البطن

والواقع ان تشخيص الانمطاف الخلفي الثابت او الانقلاب الخلفي الثابت لايني بالضرورة المعالجة الجراحية اذ ان هذه المعالجة متعلقة فقط بوجود الام لان كثيراً من النساء اللواتي ارغامن بالانمطاف الخلفي الثابت او الانقلاب الخلفي اثبات لا يشكين من اي ألم او ازعاج . اما إذا كان السبب المثبت للانمطاف الخلفي او الانقلاب الخلفي وجود الاندومتريوز على الجدار الخلفي لعنق الرحم فلا ينصح باللجوء مباشرة الى المعالجة الجراحية بل تجرب المعالجة الدوائية بالجستاجين اولا فاذا فشلت يلجأ عندئذ الى المعالجة الجراحية عن طريق البطن .

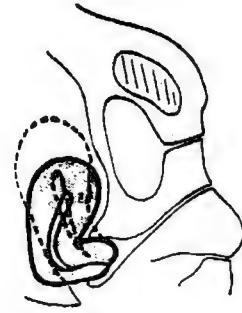
ب - فرط الانمطاف الامامي : Hyperanteflexio uteri

يتميز الرحم المصاب بفرط الانمطاف الامامي بالصفات التالية :

- ١ - حجمه اصغر كثيراً من حجم الرحم الطبيعي
- ٢ - قوامه اشد صلابة من صلابة الرحم الطبيعي
- ٣ - تكون حالة الانمطاف اشد كثيراً منها في حالة الانمطاف الطبيعي بحيث يشكل محور الجسم مع محور العنق زاوية حادة مفتوحة نحو الامام كما نشعر ايضاً بزيادة نسبية في طول العنق نتيجة لقصر جسم الرحم الذي لايزيد غالباً عن طول الاهبام

نستنتج من هذا كله ان الرحم المصاب بفرط الانمطاف الامامي هو رحم ناقص النمو Hypoplasie كما تذكر الكتب المدرسية ان هذه الارحام تتوضع

دائماً في الجانب الايسر من الحوض إلا ان بشيرته نبل لا يؤكد هذا التوضع
اذ يقول انه لم يجده في كثير من الحالات والواقع ان فرط الانطاف الامامي
عرض من اعراض نقص ذو الجهاز التناسلي عموماً حيث نجد مترافقاً مع
نقص ذو المبيضين المصابين ايضاً بقصور وظيفي .



الشكل (٩٦) :
فرط الانطاف الامامي

بأخذ الشكل الخارجي للمجان عند المصابات بنقص ذو الجهاز التناسلي
شكلاً يشبه حوض المفصلة Muldenfoermige Damm كما تؤيد
القصة السريرية عند المريضة المصابة بفرط الانطاف الامامي أيضاً نقص النمو
التناسلي اذ يتأخر ظهور الطمث الاول عندهن عن الزمن الطبيعي الذي
يظهر فيه عادة لذا فان الرحم الناقص النمو ليس الا نتيجة لنقص في افراز
هرمون الاوستروجين وهذا ما يعبر عنه شروده بنقص التأثير النباتي
للاوستروجين

Ungenugende vegetativen Stimulationsarbeit der Oestrogene

لذلك فان الامور والمواقب السلبية (عترات الطمث - العقم - اضطرابات
الطمث) التي تشكو منها المرأة المصابة بفرط الانطاف الامامي ليست ناجمة
عن الرحم نفسه بل هي نتيجة لقصور في افراز الاوستروجين خلال

فترة طويلة ، لذا يستبر الرحم الناقص النمو علامة واضحة لقصور البيض
النباتي .

تأخر أعراض نقص غو الرحم بما يلي :

- ١ - عترات الطمث
- ٢ - المقم
- ٣ - شدة الطمث او ضعف الطمث

١ - عترات الطمث :

تعتبر الآلام الطمثية المرافقة لنقص غو الرحم من أشد الآلام التي
تصادفها المرأة وتتميز عن الآلام الطمثية المرافقة للاندوميتريوز والتي ترافق
الطمث بعلامتين هما :

أولاً: تكون الآلام الطمثية بدئية أي منذ ظهور الطمث الاول

ثانياً: يزول الألم عند بدء ظهور دم الطمث

وتعود الآلام الطمثية هذه الى سببين :

الاول : قساوة الرحم الشديدة التي تؤدي الى تقلص الالياف العضلية المؤلم
الذي يحدث قبل الطمث

الثاني : تضيق قناة عنق الرحم الشديد حذاء البرزخ الذي يعوق مرور
دم الطمث منه فيحتاج الرحم الى تقلصات شديدة مؤلمة ليدفعه الى الخارج.

٢ - المقم :

يعود السبب الرئيسي للمقم الى القصور المبيضي الذي يكون الرحم

نقص النمو عرضاً من أعراض هذا القصور كما مر معنا سابقاً .

٣ - شدة الطمث :

تعود شدة الطمث الى نقص مرونة الالياف العضلية للرحم وازدياد قساوتها بحيث يؤدي ذلك الى عصر او ضغط الاوعية الدموية للنشاء المخاطي الرحم . وقد يؤدي ذلك الى عمل معاكس بحيث تؤدي القساوة المذكورة ونقص المرونة الى تشنج هذه الاوعية وبالتالي الى ضعف الطمث بدلاً من شدته .

المعالجة :

تقوم على تحسين وظيفة المبيض النباتية ويكون ذلك

١ - بالمعالجة العامة : المعالجة المائية Hydrotherapie التدليك
Massage الرياضة ، الحياة الطبيعية المنتظمة

٢ - بالمعالجة الهرمونية وتقوم على طريقة احداث الحمل الكاذب
Pseudograviditaet

ج - السقوط التناسلي

والسقوط التناسلي الشديد

Descensus und Prolaps

١ - السقوط الرحمي : Descensus Uteri

ويعني ذلك هبوط الرحم المترافق بهبوط المهبل

Descensus uteri et vaginae

دون ظهور شيء أو قسم من الرحم خارج الفرج وتعتبر أعلى درجة لسقوط الرحم عندما يلامس العنق حافتي الشفرين بحيث يرى بينها .

٢ - السقوط الرحمي الشديد : Prolaps

ويعني ذلك هبوط الرحم والمهبل بدرجة أشد منها في سقوط الرحم بحيث يظهر الرحم كله أو قدم منه خارج الفرج لذا فإننا نميز في حالات السقوط الرحمي الشديد درجتين :

الاولى : السقوط الرحمي الشديد القسبي Partialprolaps حيث

يظهر قسم من الرحم والمهبل خارج الفرج

الثانية : السقوط الرحمي الشديد التام Totalprolaps

ويعني ذلك انقلاب المهبل بكامله خارج الفرج ويظهر على شكل كيس

يمكننا ان نجس الرحم بكامله داخل هذا الكيس .



الشكل (٩٨) : السقوط الرحي
الشديد القسبي ويدي هذا الشكل
سقوطاً قسماً للرحم كما تبرز فوهة
عنق الرحم خارج الشفرين .



الشكل (٩٧) : سقوط الرحم ويدي
هذا الشكل أعلى درجة لسقوط الرحم
حيث يلامس العنق جانبي الشفرين
ويرى بينهما .

الشكل (٩٩) : السقوط الرحمي
الشديد التام حيث يتدلى المهبل بكامله
خارج الفرج على شكل كيس يحبس
الرحم داخله .



اسباب سقوط الرحم والمهبل :

تقسم هذه الاسباب الى ثلاثة اقسام مستقلة عن بعضها تماماً هي :

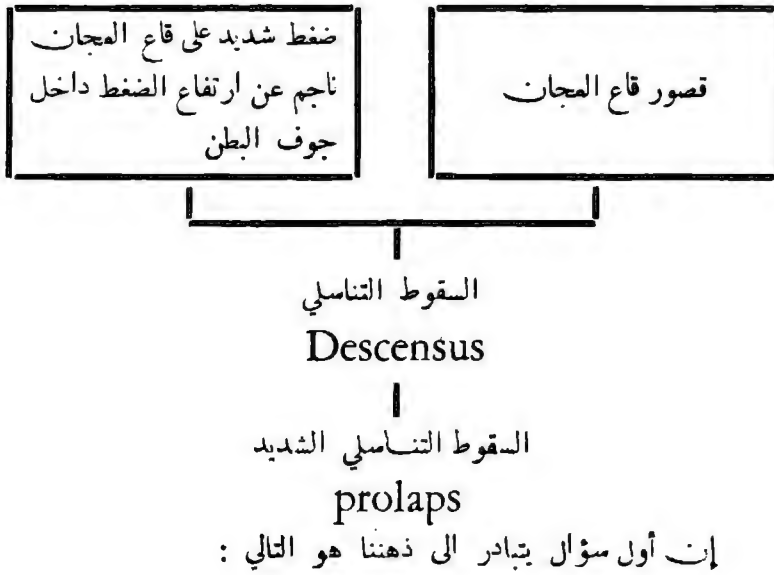
- ١ - قصور قاع المجان
- ٢ - ارتخاء الربط ووسائل التثبيت
- ٣ - البطن التبدلية (أي البطن الخرج)

أولاً - قصور قاع الحوض Beckenbodeninsuffizienz

ويشكل أغلب وأم الاسباب المؤدية الى السقوط التناسلي . تعود أسباب هذا القصور الى تمزق او تمدد مفرط يصيب نسيج وعضلات قاع الحوض أثناء الولادة وبخاصة بعد التطبيق المنيف للقط الجنين او البائسة في عمل الشقوق الواقية للمجان ، وهنا يجب ان نلاحظ أن تمزقات المجان المنسدلة اندمالاً سيئاً ليس لها إلا دور ضئيل في احداث السقوط التناسلي نسبة لما ينجم عن اصابة العضلة الرافعة للشرح وهي العضلة المهمة في قاع المجان

فاذا تمزقت هذه العضلة او انقلعت عن ارتكازها او تقطعت بشدة نتيجة
لكثرة الولادات المتعاقبة أدى ذلك الى ضعف مرونتها واصابتها بقصور وظيفي
يؤدي الى قصور المجان عموماً ويمكننا تصور كيفية تشكل السقوط التناسلي
نتيجة لقصور قاع المجان

كما يلي :



كيف يؤدي قصور قاع المجان أي كيف يؤدي التمزق او التمدد
الفرط لقاع المجان الى حدوث ضغط شديد يقع على قاع المجان نفسه وبالتالي
الى دفع الاعضاء التناسلية نحو الاسفل ؛ والجواب على ذلك هو التالي :
لا تمارس كتلة الاحشاء عادة (الكبد ، المعدة ، الامعاء) مع الاعضاء
التناسلية الباطنة ضغطاً على قاع المجان اذ تتلاءم هذه الاعضاء مع بعضها بشكل
يجعلها كأنها مسابحة او معالقة Schwebhaltung وينجم هذا الوضع
عن سببين :

١ - القوة اللاصقة المتبادلة بين الأعضاء والمناجمة عن توضعها فوق بعضها البعض وهذا ما يؤدي الى نقص في وزنها
٢ - الضغط السلي الكائن تحت الحجاب الحاجز الذي يقوم بعمل ماص لكثرة الاحشاء يجرها نحو الأعلى . وينتج هذا الضغط السلي من العمل العضلي Muskelspiel لثلاث مجموعات عضلية هي :

- آ - الحجاب الحاجز
ب - عضلات البطن (أو جدار البطن)
ج - عضلات قاع العجان (أي العضلة الرافعة لشرج)

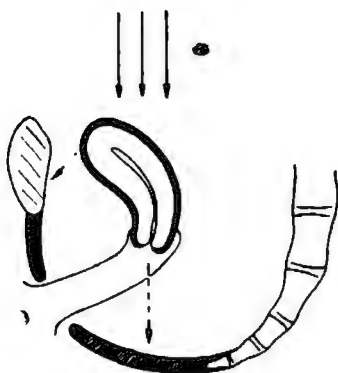
وفي حالة حدوث اي خلل في احدى هذه المجموعات العضلية فانه سوف ينعكس على الضغط السلي مؤدياً الى خلله ايضاً أي الى خلل الوضع الملقى او الساج Schwebehaltung لكثرة الاحشاء وبالتالي الى انزلاق الامعاء ايضاً نحو الاسفل وممارستها ضغطاً على قاع العجان اي ضغطاً على الأعضاء التناسلية .

كما ان شرودمر يرى ايضاً ان فقدان التوازن بين الاحشاء سوف يؤدي الى اضطراب في انتظامها فتزلق الامعاء نحو الاسفل لتضغط على قاع العجان المؤوف بسبب التمزق او فرط التمدد المصاب به سابقاً بحيث يؤدي هذا الضغط الى دفع الاعضاء التناسلية الى الأسفل اي الى سقوطها وبناء على هذا الرأي اعتبر هالبان Halban وتاندلر Tandler ان السقوط التناسلي هو عبارة عن فتق الفرجة التناسلية او فتق الاحشاء خلال فجوة عضلية .

ثانياً : ارتخاء الربط ووسائل التثبيت

يلعب ارتخاء الربط ووسائل التثبيت دوراً ضئيلاً في احداث السقوط

التناسي كسبب وحيد نسبة الى تصور قاع العجان وبشاهد هذا السقوط
الناجم فقط عن ارتخاء الربط ووسائل اثبتت عند نساء لم يتعرضن لولادة ما.
والحقيقة ان هذا الارتخاء ما هو إلا عرض من أعراض ارتخاء النسج والمضلات
عموماً ذو المنشأ الولادي وهو ما نسميه بالوهن *Asthenie*. اما من
الناحية العملية فيؤدي ارتخاء وسائل التوليد للرحم عند النساء المصابات بالوهن
الى انقلاب الرحم الخلفي او الى انعطافه الخلفي وبالتالي تهين هاتان الحالتان
الرحم الى السقوط.



الشكل (١٠٠): إذا كان الرحم في
حالة الانعطاف الامامي فلا يصاب
بالسقوط طالما كان قاع العجان سليماً
فالضغط داخل البطن يؤدي الى ضغط
قاع الرحم على الوجه الخلفي لعظم
العانة أما عنق الرحم فيستند على
عضلات العجان.



الشكل (١٠١): إذا كان الرحم
بحالة الانعطاف الخلفي فالضغط الشديد
داخل البطن يضغط جسم الرحم أولاً
على السطح المشكل من رافعتي الشرج
بينما يتوضع العنق في فوهة تمزق السطح
المشكل من رافعتي الشرج وبذلك
يكون العنق القسم الاول من الرحم
المدفع نحو الخارج

اما معرفة الاسباب المحدثة للضغط الذي يؤدي الى سقوط الرحم والمهبل عند المصابات بالوهن فأمر سهل اذ أن الضغط المتزايد في جوف البطن والواقع على قاع العجان موجود دائماً عندهن منذ البداية لانه ناجم عن سقوط عام للأحشاء وسقوط الاحشاء ما هو الا صفة مميزة لحالات ارتخاء النسيج والعضلات عند المصابات بالوهن .

ثالثاً : البطن المتدلية (البطن الخرج)

قد لا يرى الطبيب غير الممارس أهمية البطن المتدلية في احداث السقوط التناسلي غير أنها في الواقع تلعب دوراً كبيراً بحيث يمكن أن نضمها بين العوامل الرئيسية والهمة لهذا السقوط

إن كل حالة من حالات البطن المتدلية تعني بالضرورة ارتخاء جدار البطن مما يؤدي الى اضطراب شديد في العمل العضلي Muskelspiel وبالتالي الى اضطراب في الوضع الملق أو الساج لكتلة الاحشاء .

إن كل حالة من حالات تدلي البطن تبطل الوضع الملق أو الساج لكتلة الاحشاء .

هذا ويؤدي اضطراب الوضع الملق لكتلة الاحشاء كما نعلم الى انزلاق الاحشاء نحو الاسفل فيؤدي ثقلها الى احداث ضغط على قاع العجان .
ان وجود البطن المتدلية رغم اعتبارها سبباً مهماً من أسباب السقوط التناسلي فانها لن تؤدي بالضرورة الى حدوث هذا السقوط اذا كانت عضلات قاع العجان سالمة اذ أن قاع العجان سوف يقاوم الضغط الواقع عليه طالما كان الرحم في الوضع الطبيعي اي بالانطفاف الامامي والاتقلاب الامامي .

أما إذا أصبح الرحم بحالة الانعطاف الخلفي فإن الضغط داخل البطن الناجم عن حالة البطن المتدلية سوف يؤدي إلى احداث السقوط التناسلي

وقد مرّت معنا هذه الحالة عندما شرحنا السبب الثاني من اسباب السقوط .

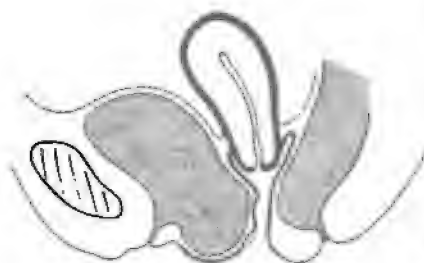
أما عن الاسباب التي ادت الى تدلي البطن فالأمر سيان ان حدث ذلك نتيجة لثخن الطبقة الشحمية أم نتيجة لارتخاء النسيج والعضلات كجزء من أعراض الوهن العام .

سقوط جدار المهبل :

يؤدي سقوط الرحم الى الضغط على جداري المهبل فيقصران نتيجة لانفلافهما اي لسقوطهما .

وبما ان جدار المهبل الامامي يلتصق التصاقاً شديداً مع جدار المثانة فان هبوطه يؤدي الى سقوط المثانة ايضاً او سقوط قاع المثانة .

Zystozele = Senkung des Blasenbodens



الشكل (١٠٣) : سقوط الرحم
السيط مع سقوط الجدار الأمامي
للمهبل = سقوط المثانة

الشكل (١٠٢) : سقوط الجدار
الأمامي للمهبل مع سقوط المثانة
(Zystozele)

كما ان سقوط الجدار الخلفي للمهبل سوف يؤدي الى جر المستقيم
واحداث ما يسمى بسقوط المستقيم او سقوط الجدار الامامي للمستقيم .

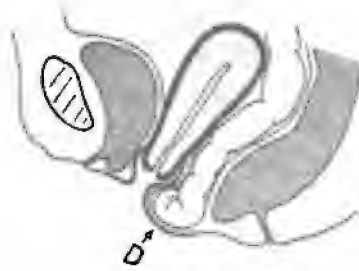
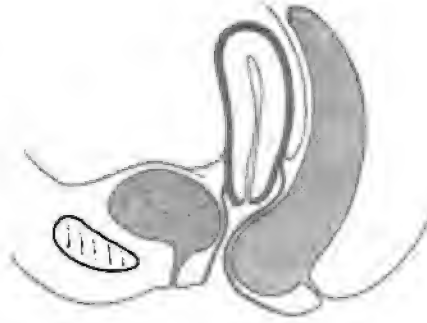
Rektozele = Senkung der Mastdarmvorwand

وقد يترافق سقوط الجدار الامامي للمستقيم بسقوط رتج دوغلاس اي
بفتق معوي عبر رتج دوغلاس

Douglasozele = Enterozele

الشكل (١٠٤)

سقوط الرحم البسيط مع سقوط
الجدار الخلفي للهبـل = سقوط
المستقيم Rektozele



الشكل (١٠٥): سقوط الرحم مع سقوط الجدار الأمامي
والجدار الخلفي للهبـل حيث يؤدي ذلك الى سقوط معوي

Enterozele = Douglasozele

مع سقوط المثانة وسقوط المستقيم

كما يمكن ان يترافق السقوط التناسلي في كثير من الحالات بتطاول عنق
Elongatio colli وينجم ذلك عن بقاء قاع الرحم ثابتاً في مكانه فوق
قاع المجان بسبب الربط القوية المثبتة له بينما يجز المستقيم والمثانة الهابطان عنق
الرحم معها نحو الاسفل فيؤدي ذلك الى تطاول في العنق قد يبلغ عدة اضعاف
طوله الطبيعي بحيث يصبح على هيئة جبل رفيع .

اعراض السقوط التناسلي والسقوط التناسلي الشديد :

تعرض النساء الولادات الى الاصابة بالسقوط التناسلي البسيط دون أن يشعرن بأي ألم او ازعاج خاصة اذا لم يكن قد تجاوزن الاربعين الا أنه بعد هذه السن وفي الدرجات المتوسطة او الشديدة من السقوط التناسلي يشعرن بأعراض وصفية هي :

١ - الشعور بالدفع او بالضغط باتجاه الاسفل (تشعر المرأة كأن شيئاً يخرج من الفرج)

٢ - الألم : وينجم عن الجر على البريتوان الذي تحدثه الاعضاء التناسلية خلال سقوطها ويختلف هذا الألم في التشخيص التفريقي عن الألم الظهري بزوال الاول اثناء الاضطجاع وبقاء الثاني .

٣ - الاضطرابات المثانية :

آ - تعدد البيلات Pollakisurie

تشعر المرأة بحاجة مستمرة الى ا فراغ المثانة ، فيكثر عدد البيلات عندها الا أن كمية البول في كل مرة تكون قليلة وينجم ذلك عن هبوط قعر المثانة الى ما تحت فوهة الاحليل بحيث لا يستطيع المريضة افراغ المثانة افراغاً تاماً وهذا ما يؤدي الى الشعور المستمر بالحاجة الى التبول .

ب - سلس البول النسبي : Relative Inkontinenz

وهو التبول اللاإرادي غير المستمر ويسمى نسبياً لأنه يحدث فقط بعد العطاس أو السعال أو الضحك أي بعد أي جهد يؤدي الى تقلص عضلات البطن (أي زيادة الضغط داخل جوف البطن)

ويعتبر سلس البول النسبي حالة مرضية مرافقة لحالات
هبوط المثانة

حيث يؤدي ازدياد الضغط المفاجيء داخل البطن الى انضغاط المثانة
الهابطة الذي يؤدي بدوره الى انفتاح عنق المثانة وخروج رشقة من البول .

ج - التهابات المثانة المتكررة . Haeufige Zystiden
وتنتجم عن تعرض البول المتبقي في قاع المثانة الهابطة الى الاتان .

٤ - الامساك وصعوبة التغوط :

Obstipation und Erschwerung der Defaekation
ويظهر هذا العرض في حالات هبوط المستقيم الشديدة .

٥ - الضائعات : Fluor

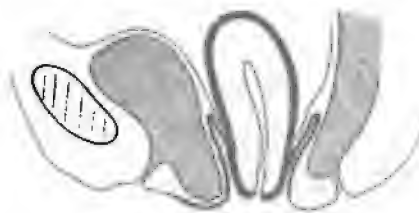
٦ - النزوف : وهي ترافق خاصة حالات السقوط التناسلي الشديد وينجم
النزف عن التقرحات المرافقة للسقوط .

هذا ويلاحظ ان الاجزاء التي تجتاز الفرج في حالات السقوط التناسلي
الشديد تصاب بالتضخم نتيجة لعمرة دوران الدم الراجع في الاوردة وعسرة
دوران اللنف أيضاً فيسدو القسم الظاهر من عنق الرحم المتضخم على هيئة
ورم كبير كما يتعرض جلد المهبل الى الاصابة بالثخن والجفاف ويؤدي احتكاك
هذه الاجزاء عند المشي او الجلوس الى تقرحات وصفية لذا تكون واسعة جداً
وقد تصاب بنزوف دموية او دموية فيحية ذات رائحة كريهة .

ملاحظة : يمكن ان تنشأ تقرحات سرطانبة على حساب هذه
التقرحات السليمة لذا يجب اللجوء الى أخذ خزعة
وفحصها نسيجياً عند وجود أدنى شك .

اما الأعراض البولية المذكورة مثل سلس البول وتمدد البيلات والتهابات
الثانة المتكررة فانها لا تنجم فقط عن السقوط التناسلي بل يمكن أن تنجم
عن أسباب عصبية ونفسية وهورمونية كما يمكن أن تنجم أيضاً عن قصور
وسائل إغلاق الثانة Blasenverschlussapparate وبشكل أصغر
عن قصور في قابلية تقلص الأنسجة المحيطة بمنق الثانة وبالأحليل نتيجة تمدده
المفرط او لتمزقها إثر رضوض ولادية وتكون المعالجة في مثل هذه الحالات
جراحية بحتة .

الشكل (١٠٦) : الدرجة
القصوى لسقوط الرحم وبدو
المنق قد لامس الشفرين



الشكل (١٠٧) : سقوط الرحم
الشديد القسبي مع سقوط
جداري المهبل



الشكل (١٠٨) : سقوط الرحم
الشديد أثناء مع سقوط جداري المهبل



تشخيص السقوط التناسلي والسقوط التناسلي الشديد

Diagnostik des Descensus und Prolaps

يشخص السقوط التناسلي الشديد Prolaps والسقوط التناسلي المتقدم Descensus في الوهلة الأولى من مشاهدته أما عملياً فيطلب من المرأة أن تضغط وهي في حالة الوقوف .



الشكل (١٠٩) سقوط تناسلي شديد عند امرأة في وضعية
الوقوف عندما تضغط (تكبس) على نفسها

اما السقوط التناسلي الخفيف او المتوسط اللذان يصادفان عند النساء الولادات فلا يشخصان الا بعد اجراء الفحص النسائي المعروف وبوضع تشخيص السقوط التناسلي اعتماداً على ما يلي :

١ - التأمل : ونعني بذلك تأمل الشفرين لمرفة ما اذا كانا مفتوحين او مغلقين وتأمل المجان لمرفة ما إذا كان صغيراً أم ندياً .

٢ - فحص المهبل لمرفة سقوط جدره

ولفحص سقوط الجدار الامامي في المهبل يوضع البمد الخلفي ثم يطلب من المريضة ان تضغط فيشاهد عندئذ الجدار الامامي اذا كان ساقطاً بوضوح ويعمل العكس في فحص سقوط الجدار الخلفي للمهبل . ولمرفة درجة سقوط الرحم نطلب من المرأة أن تضغط بينما تكون اليد الماسة داخل المهبل ونستطيع بذلك ان تقارن بين مكاني عنق الرحم قبل الضغط وبعده وبالتالي نستطيع ان نقرر درجة سقوط الرحم .

٣ - فحص قاع المجان والفرجة التناسلية :

Prüfung des Beckenbodens und des Hiatus genitalis

ترك اليد الماسة عند المس المهبل داخل المهبل ثم يقرص الشرج بسرعة ويترك فتقلص العضلة الرافعة للشرج ثم ترتخي فتعرف حينئذ الاصابع الماسة حذاء النقاء الثلث المتوسط بالثلث السفلي لجدار المهبل على حافة العضلة الرافعة للشرج . تستعمل اليد اليمنى للتعرف على جانب العضلة الايمن واليد اليسرى على الجانب الايسر بحيث يستطيع الفاحص ان يقدر سماكة العضلة وقوتها ومقدار المسافة الفاصلة بين طرفيها المتباعدين . لقد كشفت في السنين الاخيرة طريقة تدعى قياس قوة المهبل Kolpotonometrie حسب

طريقة زهم و بهنينغ Semm und Penning يمكن بواسطتها تسجيل حجم المهبل وتسجيل قوة العضلات العاملة في قاع العجان مما يساعد على معرفة قيمة العوامل المختلفة التي ادت الى قصور القاع وبخاصة القصور العضلي المنشأ وقصور النسيج الضام ففي القصور العضلي المنشأ اذا لم يكن ناجماً عن تمزق عضلي تقوم المعالجة على تمارين رياضية لتقوية عضلات العجان أما في قصور النسيج الضام الذي يتظاهر باتساع المهبل الشديد فالمعالجة جراحية بحجة بهدف ترميم قاع العجان الذي تباعدت اجزائه عن بعضها البعض.

٤ - تحري سلس البول .

Prufung des Harninkontinenz

لتحري سلس البول نأجأ الى احدى الطريقتين التاليتين :

٢ - اختبار رفع عنق المثانة Blasenhalshals - Elevationstest

او اختبار مارشال Marschallprobe

وتستند هذه الطريقة على الفكرة التالية :

اذا حقنا ٢٥٠ سم٣ من سائل ما الى داخل المثانة وكانت المرأة مصابة بسلس البول ينقذف قسم من هذا السائل على شكل رشقات عند السعال او العطاس او عندما تضغط المريضة على نفسها . فاذا دفعنا المنطقة الكائنة حذاء المثلث الثاني Trigonum بقطعة من الشاش مثبتة على حامل او حسب اختبار مارشال اذا ثبتنا ملقطاً حذاء المثلث الثاني ودفعناه على أن يكون الدفع في الحالتين باتجاه رأس المريضة دون أن نضغط الاحليل على عظم العانة توقف السائل عن الانقذاف رغم السعال واحداث الضغط وهذا يدل على أن سلس البول عند المريضة يعود الى ارتخاء وسائل الدعم في المثانة لذلك فان المعالجة

هنا تقوم على تعليق الحالب الثاني حسب طريقة مارشال - مارشيتي
 Marschall - Marchetti

او طريقة بهره برا Pereyra

ب - اختبار التلوين : Blauprobe

تغلى المثانة بمحلول ازرق الميثيلين Methylenblau ثم توضع قطعة
 من الشاش امام المهبل ويطلب من المريضة أن تسعل أو تضغط على نفسها
 او تقوم بأي جهد وفي حال وجود سلس البول نرى أن قطعة الشاش
 قد تلوئت .

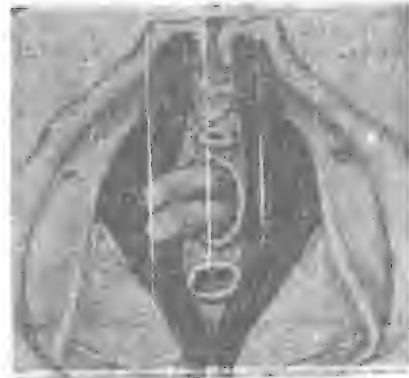
٥ - تحري وجود البطن التذلية وذلك بتأمل جدار البطن .

٦ - تحري التهابات المثانة وذلك بفحص البول .

الشكل (١١٠)
 فحص قاع المجان



الشكل (١١٢) :
 فحص قاع المجان



الشكل (١١١) :
 فحص قاع المجان

المعالجة :

ليست المعالجة ضرورية في كل حالات السقوط التناسلي بل تتعلق بوجود الآلام والاضطرابات الناجمة عن السقوط وبدرجة السقوط نفسه

فالسقوط الخفيف غير المترافق بالآلام او بالاضطرابات البولية لا يتطلب المداخلة الجراحية .

تراجع النساء المصابات بالسقوط الشعبة النسائية بالدرجة الأولى بسبب الإصابة بسلس البول النسبي ثم بالدرجة الثانية بسبب اصابتهم بتمدد البيلات اما الشعور بالانزعاجات الآلية (حس الشد والجر) والآلام فلها تأتي في الدرجة الثالثة ويفضل قدر الامكان عدم اجراء المعالجة الجراحية اذا كانت المرأة لاتزال رغبة في الحمل اما في حالات السقوط التناسلي الشديد Prolaps فالمعالجة ضرورية حتماً .

تكون المعالجة على نوعين :

١ - المعالجة الجراحية :

٢ - المعالجة المحافظة :

١ - المعالجة الجراحية :

ان الطرق الجراحية في معالجة السقوط التناسلي كثيرة ويتناسب اختيار احدها مع درجة السقوط ونوع الشكوى التي أدى اليها السقوط وسن المريضة والحالة العامة .

آ - طريقة خياطة المهبل مع التصنيع

Kolporaphie mit plastik

وتقوم أولاً على خياطة الجدار الامامي للمهبل وتصنيع قاع المثانة
وثانياً على خياطة الجدار الخلفي للمهبل وتصنيع العجان .

ب - طريقة مانشستر - فاذرغيل

Manchester - Fathergilsche op .

وتقوم هذه الطريقة على تقصير الرباط الرئيسي Lig. Cardinalia
بعد تحريره من مكان اتصاله على الرحم ثم خياطته على الوجه الامامي للعنق حذاء
البرزخ بعد بتر جزء كبير من العنق مما يؤدي الي جمد الرحم بالانقطاع
الامامي الشديد فيعود الى علوه الطبيعي السابق . وباجأ حديثاً عوضاً عن هذه
المعالجات اللطيفة الى استئصال الرحم وتصنيع العجان .

تعتبر حالياً الحركات الرياضية لقاع الحوض بعد العملية
الجراحية على درجة كبيرة من الأهمية

اذ اصبح من الثابت حسب اعمال زهم وبه نينغ

Simm und penning

ان الجراحة تصلح الناحية التشريحية فقط اما وظيفة الحوض فتتطلب
اجراء التمارين الرياضية للمعضلات وقد لوحظ في حال عدم اجراء هذه التمارين
عودة نسج الحوض مع مرور الزمن الى فرط التمدد وعودة الحال الى ما كانت عليه.

٢ - المعالجة المحافظة :

١ - التمارين الرياضية :

يكون تصنيع قاع العجان المعالجة الوحيدة المؤدية الى النتائج المرجوة
في معالجة السقوط التناسلي اذا كان السقوط ناجماً عن قصور عضلي أما

القصور الخفيف للنسج الضامة عند النساء الشابات بشكل خاص فيمكن تحسينه الى حد ما اذا حسنا العمل الوظيفي لعضلات قاع العجان . هذا وتمارس التمارين الرياضية لقاع العجان والمجراة بعد العملية الجراحية وقبلها إن أمكن بهدف تحسين العمل الوظيفي للعضلات لذا تعتبر التمارين الرياضية الصباحية المنتظمة من احسن الوسائل لتنشيط عضلات قاع العجان كما توجد ايضا تمارين رياضية ينصح بتطبيقها للوقاية من الاصابة بالسقوط التناسلي .

ب - المعالجة بالكمكات : Pessarbehandlung

تعتبر المعالجة الجراحية للمعالجة الصحيحة للسقوط التناسلي أما اذا كانت هناك اسباب تمنع المداخلة الجراحية كالشيخوخة مثلاً فيمكن عندئذ التفكير بتطبيق المعالجة بالكمكات وتطبق المعالجة بالكمكات في الحالات التالية :

١ - عند النساء المتقدمات في السن

٢ - عند وجود ما يمنع المداخلة الجراحية مثل الآفات القلبية وارتفاع التوتر الشرياني وخطر تشكل الخثرات او الصمامات

٣ - عندما ترفض المرأة العمل الجراحي

هذا ورغم اعتبار المعالجة بالكمكات بديلاً سيئاً للمعالجة الجراحية الا أنها في حالات نادرة يمكن أن تكون معالجة كافية مثلاً في السقوط التناسلي الذي يعقب الولادة والذي ينجم عن سوء انطمار الرحم .
اشكال الكمكات :

تقسم الكمكات الى نوعين :

الأول : يكون على شكل حلقة Ringpessar

الثاني : يكون على شكل صحن Schalenpessar تتخلله عدة
ثقوب ليصبح على شكل مصفاة Siebpessar



Abb. 62. Einfaches Ringpessar

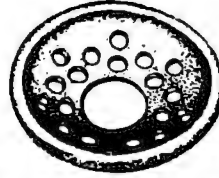


Abb. 63. Schalenpessar = Siebpessar
nach Schatz

الشكل (١١٣) :

كمكة على شكل حلقة

الشكل (١١٤) :

كمكة على شكل صحن مثقب

وتختلف الكمكات من حيث سمها وهي تدرج بزيادة ميليمتر واحد
لقطر الكمكة.

شروط المعالجة بالكمكات :-

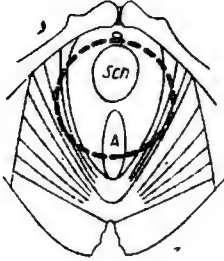
يشترط في المعالجة بالكمكات :

١- يجب ان لا تكون المسافة بين طرفي العضلة الرافعة للشرح واسعة بحيث
تفقد الكمكة المسند الذي تستند عليه لكي تثبت داخل المهبل ، لذا تستعمل
الكمكات الواسعة كلما كانت المسافة بين طرفي العضلة الرافعة للشرح واسعة

٢- يجب ان نعيد الرحم الى وضعه الطبيعي أي الى الانعطاف الامامي لأنه
اذا بقي بالانعطاف الخلفي فسوف يسقط رغم وضع الكمكة المناسبة

٣- كلما كان تطاول عنق الرحم شديداً كلما كانت نتائج المعالجة بالكمكات
سيئة . هذا ويجب ان نحسن اختيار الكمية المناسبة لكل حالة من حالات السقوط
التناسلي المختلفة ولتأكد من ذلك يطلب الى المرأة بعد تطبيق الكمكة لها أن

تسير في الغرفة وأن تجلس مبعدة فخذها وأن تجلس القرفصاء فإذا لم تشر بأي تور في المهبّل أو بأي ضغط على المثانة أو أن الكعكة لم تسقط دل ذلك على أنها ذات قياس مناسب وإلا فتبدل إما بأصغر أو بأكبر منها .



الشكل (١١٥) : المعالجة بالكعكات
ويشترط أن لا تكون المسافة بين طرفي العضلة
الرافعة للشرج واسعة بحيث تفقد الكعكة
مسندها .

الوقاية من السقوط التناسلي :

للوقاية من الإصابة بالسقوط التناسلي ينصح بما يلي :

آ - القيام بالتمارين الرياضية الخاصة خلال فترة الحمل

ب - ان تكون الولادات متباعدة عن بعضها البعض

ج - ان تجرى الولادة بالدقة والعناية اللازمين حيث يفضل إجراء خزع
واق للفرج عوضاً عن ترك الرأس فترة طويلة داخل المهبّل

د - العناية اثناء فترة النفاس بحيث لا تنهض المرأة من فراشها بعد الولادة
مباشرة وأن لا تقوم بالاعمال التي تحتاج الى جهد في الايام الاولى من النفاس
وأن لايسمح لها بالعودة الى عملها إذا كان مجهداً إلا بعد مرور (٦ - ٨)
أسابيع بعد الولادة

هـ - القيام بالتمارين الرياضية المعروفة في فترة النفاس حيث تؤدي هذه

التارين الى تقوية عضلات البطن وعضلات قاع المجان
و - معالجة الانعطاف الخلفي بالكدمات عندما يكون ناجماً عن سوء انطمار
الرحم

ز - وضع رباط عريض حول البطن بعد الولادة اذ يحسن الضغط داخل
البطن ويعطي المرأة شعوراً بالمتانة واتماسك .



الخطأ والصواب

الصفحة	السطر	الخطأ	الصواب
٣٧	١٧	Messong	Messung
٧٩	١	كانب	كانت
١١١	٩	واضطاب	واضطراب
١٦٩	٥	الجموعة	المجموعة
١٩٧	١	Tubenplanintation	Tubeninplantation
٢٠٥	١١	Oesteiol	Oestriol
٢٣١	١٩	بزوع	بزرع
٢٤٢	١٥	pors	Pars
٢٤٣	١١	Profunolus	Profundus
٢٤٤	١٠	بين محور الجسم ومحور الرحم	بين محور الجسم ومحور عنق الرحم
٢٥٠	٨	يندر أو	يندر أن
٢٥٠	٢٢	الكسندهر	الكسندهر آدامس

* وثمة أخطاء مطبعية أخرى لا تحفى على القاري *

محتويات الجزء الاول

المقدمة

الباب الاول صفحة هـ

غريزة الدورة الطمثية

الدائرة الوظيفية بين الدماغ المتوسط - الفص الامامي للنخامة - المبيضين
هرمونات الدورة الطمثية
الفونادوترويين
الاوستروجين
الجستاجين
سن البلوغ
سن البلوغ المبكر
سن البلوغ المتأخر

الباب الثاني صفحة ١٤

الدورة الطمثية واضطراباتها

تعريف الدورة الطمثية
الدورة الطمثية الرحمية ، دور التنمي ، دور الافراز = دور التحول ، الطمث

الدورة البيضاء : دور نضج جريب غراف ، دور الجسم الأصفر
تأثيرات الاوستروجين
تأثيرات الجستاجين
الجستاجين الطبيعي والجستاجين المركب
المادة الشهرية
المادة الشهرية المبكرة
المادة الشهرية المتأخرة
المادة الشهرية الحقيقية
المادة الشهرية الكاذبة = الطمث الكاذب
نموذج كالتنباخ لتوضيح مدة وشدة وتواتر المادة الشهرية
تأجيل أو تأخير حدوث الطمث
تسريع أو تسبيق حدوث الطمث

تشخيص اضطرابات الدورة الطمثية

قياس حرارة البدن الاساسية
ارتفاع حرارة البدن الاساسية وحدثت الاباضة
طريقة قياس حرارة البدن الاساسية
التشخيص باعطاء الهرمونات
التشخيص بفحص الخلايا المهبلية
تشخيص عامل المنق

تصنيف الاضطرابات الطمثية

الشكل الاول : عدم انتظام الدورات الطمثية = اضطراب نظم الدورات الطمثية

١ - ندرة الطموث

٢ - تعدد الطموث

النوع الاول : إذا كان الدور الفوليكوني قصيراً

النوع الثاني : إذا كان الدور اللوتهيني قصيراً

النوع الثالث : اذا كانت الدورة الطمئية لاإباضية

الشكل الثاني : اضطراب طراز الدورات الطمئية = اضطراب شدة الطمث

آ - الطمث الخفيف

ب - الطمث الشديد

الشكل الثالث : النزوف الاضافية

آ - النزوف ما قبل الطمث

ب - النزوف ما بعد الطمث

ج - النزوف ما بين الطموث

د - نزوف منتصف الدورة الطمئية = نزوف الاباضة

الشكل الرابع : النزوف الناجمة عن عدم انفجار جريب غراف
او النزوف الناجمة عن الاضطراب الوظيفي في حالة عدم انفجار الجريب
التبدلات التشريحية المرضية التي تحدث عند وجود هذه النزوف
متى تحدث النزوف المستمرة الناجمة عن الاضطراب الوظيفي

المعالجة :

المعالجة بالتجريف الجزأ

المعالجة بالطرق الهرمونية

آ - المعالجة الهرمونية للنزوف القصيرة الامد

ب - المعالجة الهرمونية للزوف الطويلة الامد
الوقاية من نكس الزوف
الدورات الطمثية اللاإباضية : تعريفها - تشخيصها - معالجتها

الشكل الخامس : انعدام الطمث

انعدام الطمث الغريزي

انعدام الطمث المرضي

أنواع انعدام الطمث المرضي :

آ - انعدام الطمث المحيطي : الاسباب المهيبة، الاسباب الرحمية، الاسباب البيضية
أي الاسباب الغدية التناسلية :

١ - اضطراب نمو الغدد التناسلية او تناذر تورنر Turner

٢ - نقص تنشؤ المبيضين البدئي : اضطرابات سن البلوغ المبكر

٣ - الخنوثة الكاذبة المذكورة مع التأث الكامل

٤ - أورام والتهابات المبيضين

٥ - تناذر شتاين ليفثال . Stein - Leventhal

ب - انعدام الطمث المركزي :

١ - الاسباب العضوية : داء شيهان : أسبابه ، أعراضه ، معالجته

أورام الفص الامامي للنخامة

أورام والتهابات ماتحت السرير البصري

٢ - الاسباب الوظيفية او انعدام الطمث الوظيفي

انعدام الطمث او انقطاع الطمث غير النظامي .

آ - الكظر :

التناذر الكظري التناسلي

تناذر كوشينغ

داء اديسون

ب - اللرق :

تشخيص حالات انعدام الطمث : سوابق المريضة الارثية : القصة المرضية ،
حالة المريضة العامة ، الفحص النسائي

الاختبار الهرموني :

آ - اختبار البروجسترون او الاختبار البروجستروني

ب - الاختبار الاوستروجيني

ج - الاختبار الفونادوتروبيني

معالجة انعدام الطمث :

١ - المعالجة الدورية بالهرمونات المبيضة

٢ - المعالجة اللادورية بالهرمونات المبيضة

٣ - المعالجة بالفونادوتروبين

٤ - المعالجة بالكوميفين

اخطار المعالجة بالفونادوتروبين والكوميفين .

تناذر ما قبل الطمث : التمرير ، الأعراض ، الاسباب او الامراض ، المعالجة

عسرة الطمث :

عسرة الطمث البدئية

عسرة الطمث الثانوية :

١ - عسرة الطمث المعنوية

٢ - عسرة الطمث الوظيفية

المعالجة

الباب الثالث صفحة ١٥٨

سن اليأس

تحديد مفهوم سن اليأس
ما قبل انقطاع الطمث
انقطاع الطمث
ما بعد انقطاع الطمث
أسباب سن اليأس

التبدلات التي تحدث في المبيضين
التبدلات التي تحدث في الغدد الصم
التبدلات التي تحدث في الجهاز العصبي النباتي
تأذير سن اليأس : أعراضه ، معالجته
الأعراض المتأخرة لسن اليأس أو الشيخوخة
تخلخل العظام ومعالجته
نزوف مرحلة سن اليأس ونزوف مرحلة الشيخوخة :

أ - نزوف مرحلة ما قبل انقطاع الطمث
ب - نزوف مرحلة ما بعد انقطاع الطمث
ج - نزوف مرحلة الشيخوخة

الباب الرابع

صفحة ١٧٦

المقم :

مفهوم المقم
مفهوم القحولة او عدم القدرة على الاستمرار بالحمل
كيفية سير الفحص في المقم : قصة المريضة ، الفحص الجسمي ، الفحص
النفسي ، فحص الأعضاء التناسلية
أسباب وتشخيص ومعالجة المقم :
اولاً الاسباب المبيضة :

التشخيص :

- أ - قياس حرارة البدن الاساسية
- ب - تشخيص وظيفة عنق الرحم
- ج - فحص خزعة من الفشاء المخاطي لباطن الرحم
- د - اللطاخة المهبلية ، اختبار راوشر أو الاختبار المتواتر
- هـ - تنظير رتج دوغلاس وتنظير البطن

معالجة أشكال الاضطرابات الوظيفية المبيضة :

أ - معالجة الاباضة الاعتيادية المسبقة او المتأخرة

ب - معالجة اضطرابات الاباضة :

- ١ - الدورات الطمثية اللااباضية
- ٢ - الاضطرابات الطمثية اللادورية
- ٣ - قصور دور الجسم الاصفر

- ٤ - الارتفاع المتدرج لحرارة البدن الاساسية
- هـ - معالجة نقص تنشؤ الاعضاء التناسلية
- د - معالجة الاشكال الاخرى لقصور المبيضين

ثانياً - الاسباب البوقية

- انسداد البوقين ، اسبابه
- تشخيص انسداد البوقين :
- ١ - نفخ البوقين
- ٢ - التصوير الشعاعي للرحم والبوقين
- ٣ - تنظير رتج دوغلاس وتنظير البطن
- ٤ - فتح البطن الاستقصائي
- ٥ - الطرق الاخرى المتبعة في فحص نفوذية البوقين
- المعالجة

ثالثاً - الاسباب الرحمية

- أ - نقص تنشؤ الرحم
- ب - تشوهات الرحم
- ج - اوضاع الرحم السيئة
- د - اورام الرحم
- هـ - تبدلات الغشاء المخاطي لبطن الرحم

رابعاً - الاسباب العنقية

- أ - تبدلات العنق التشريحية
- ب - اضطرابات العنق الوظيفية او عامل العنق

ج - تشخيص عامل العنق ، الاختبار المتواتر حسب طريقة راوشر

اختبار كورتسروك وميلار

١ - الاختبار البسيط

٢ - اختبار النصال

٣ - اختبار التجربة المضادة

د - معالجة عامل العنق

خامساً - الاسباب المهيبة

سادساً - الاسباب خارج الجهاز التناسلي

آ - الاسباب الموضوية

ب - الاسباب النفسية

سابعاً - اسباب العقم عند الرجل

التشخيص

المعالجة

بذر الحيوانات المنوية الاصطناعي

الفحوص اللازمة في معالجة زواج عقيم

الفحوص الخاصة في تشخيص اسباب العقم

الباب الخامس صفحة ٢١٦

تتظيم الاسرة منع الحمل

الاسباب الحقيقية لمنع الحمل .

مذهب مالتوس

قاعدة بيرل لمعرفة نسبة الفشل في طريقة ما لمنع الحمل

طرق منع الحمل

- ١ - طرق منع الحمل بدون استعمال اية واسطة خارجية
- ٢ - الطرق الآلية في منع الحمل
- ٣ - الطرق الكيماوية في منع الحمل
- ٤ - طرق منع حدوث الاباضة باستعمال الهرمونات (جوب منع الحمل)
التأثيرات الجانبية لجوب منع الحمل
مضادات استعمال جوب منع الحمل
- ٥ - الطرق الدوائية المضعفة للنطف
- ٦ - الطرق الجراحية في تعقيم الرجل أو المرأة

الباب السادس صفحة ٢٣٨

بدرلات موقع الاعضاء التناسلية

ملاحظات عامة

تعريف الوضع

تعريف الانقلاب

تعريف الانعطاف

النسج التي تحافظ على موقع الاعضاء التناسلية

أ - أجهزة الربط او الربط

ب - أجهزة التثبيت

ج - أجهزة الدعم

الانعطاف الامامي وفرط الانعطاف الامامي

الانعطاف الخلفي

الانعطاف الخلفي المتحرك

تشخيصه

الطرق الم-تعملة في تقويمه

١ - طريقة شولتز

٢ - طريقه كوستنر

اسباب الانعطاف الخلفي المتحرك

معالجته

١ - المعالجة العامة

٢ - المعالجة الجراحية

الانعطاف الخلفي الثابت والانقلاب الخلفي الثابت

الاسباب

الاعراض

التشخيص

المعالجة

فرط الانعطاف الامامي

صفات الرحم المصاب بفرط الانعطاف الامامي

صفات الرحم الناقص النمو

أعراض الرحم الناقص النمو

المعالجة

السقوط التناسلي

والسقوط التناسلي الشديد

السقوط الرحمي

السقوط الرحمي الشديد

آ - السقوط الرحمي الشديد القسمي

ب - السقوط الرحمي الشديد التام

أسباب سقوط الرحم والمهبل

- ١ - قصور قاع العجان
- ٢ - ارتخاء الربط ووسائل التثبيت
- ٣ - البطن المتدلية أي البطن الخارج

سقوط جدار المهبل الأمامي أو سقوط المثانة
سقوط جدار المهبل الخلفي أو سقوط المستقيم
سقوط رتج دوغلاس أو الفتق المعوي عبر رتج دوغلاس
اعراض السقوط التناسلي والسقوط التناسلي الشديد
تشخيص السقوط التناسلي والسقوط التناسلي الشديد

المعالجة

- أ - المعالجة المحافظة
 - ب - المعالجة الجراحية
- الوقاية من السقوط التناسلي

المراجع

- كتاب الامراض النسائية العملي
بشير مبل
Pschyrembel
- كتاب الامراض النسائية
كوبانك - زومر
Kyank - Sommer
- كتاب الامراض النسائية
شرودر
Schroeder
- كتاب الامراض النسائية
مارتيوس
Martius
- النشرات الطبية للجمعية العالمية لتنظيم النسل IPPF

سـيـصـدـر الـجـزء الـثـانـي فـي الـعـام الـقـادـم

محتويات الجزء الثاني الباب الاول

الفرج

التهابات الفرج

تقرحات الفرج

التهاب غدة بارتولان

الحكة الفرجية

Leukoplakie اللطخة البيضاء الفرجية

Kraurosis جفاف الفرج

اورام الفرج

سرطان الفرج

الباب الثاني

المهبل

ملاحظات عامة

التهاب المهبل وأنواعه

أورام المهبل

سرطان المهبل

الباب الثالث

عنق الرحم

معلومات عامة عن النسيج الابتليالي لعنق الرحم

البقعة الحمراء : Erythroplakie

التهاب الفشاء المخاطي لبطن العنق

تمزقات إبييت

تسحجات العنق المنتشر

مرجلات العنق

أورام العنق

سرطان العنق

الحالات المبكرة لسرطان العنق

١ - السرطان في موضعه أو السرطان السطحي

Karcinoma in situ

٢ - السرطان الاجتياحي المبكر

طرق كشف سرطان العنق المبكرة

طرق التحري :

أ - التحري بالفحص الخلوي

ب - التحري بمنظار المهبل المكبر Kolposkopie

ج - التحري بتنظير المهبل المجهرى

التشخيص الجازم لسرطان عنق الرحم أي التشخيص بالفحص النسجي
معالجة الحالات المبكرة أو معالجة السرطانات ما قبل السريرية
سرطانات عنق الرحم السريرية
درجات سرطان عنق الرحم
الاعراض السريرية لسرطان عنق الرحم
تشخيص السرطانات السريرية لعنق الرحم
ساركوما عنق الرحم
معالجة السرطانات السريرية لعنق الرحم

الباب الرابع

جسم الرحم

التهاب الفشاء المخاطي لبطن الرحم
مرجلات جسم الرحم
داء البطانة الرحمية او الاندوميتريوز
اورام جسم الرحم
سرطان جسم الرحم
ساركوما جسم الرحم

الباب الخامس

التهاب الملتصقات

التهاب الغشاء المخاطي لبطن البوق

التهاب البوق

التهاب ما حول البوق

التهاب البريتوان الحوضي

البوق الكيسي (تقطيع البوق ، استسقاء البوق ، ورم البوق الدموي)

الكيسات البوقية البيضاء

الامراض

الاعراض

المعالجة

خراج رتج دوغلاس

تكوينه ، اعراضه ، معالجته

الباب السادس

التهاب ما حول الرحم أو التهاب النسيج الضام الحوضي

الامراض
انواعه
تشخيصه
معالجته

الباب السابع

الضائعات التناسلية

الضائعات البوقية
ضائعات جسم الرحم
ضائعات عنق الرحم
ضائعات عنق الرحم الوظيفية
الضائعات المهبلية
الضائعات الفرجية
المعالجة

الباب الثامن

داء السيرون

آ - داء السيرون السفلي

ب - داء السيرون العلوي أو الصاعد

التهاب الفشاء المخاطي لباطن الرحم السيلاني

التهاب البوق السيلاني

الاعراض ، التشخيص ، المعالجة

الباب التاسع

سل الجهاز التناسلي

الامراض

توضع سل الجهاز التناسلي

سل البوقين

سل البيضين

سل الفشاء المخاطي لباطن الرحم

الاعراض ، التشخيص

سل الجهاز التناسلي والحمل

المعالجة

الباب العاشر

اورام المبيض

كيسات المبيض

أنواعها :

- ١ - المبيض المتعدد الكيسات
- ٢ - الكيسات الفوليكلينية
- ٣ - كيسات الجسم الأصفر والكيسات اللوتينية
- ٤ - الكيسات الجبرية او الشوكولاتية
- ٥ - كيسات ما حول المبيض

اورام المبيض الحقيقية Blastoma

أنواعها

- ١ - الاورام الابتدائية : الاورام الكيسية الصلبة ، الاورام الكيسية المخاطية
الاورام نظيرة بطانة الرحم ، الاورام السرطانية غير المميزة
- ٢ - اورام النسيج الضام : الاورام الليفية ، اورام الخلايا القشرية ، الورم
العضلي ، تناثر مبيض
- ٣ - الاورام الموضعية او المجاثية Teratome الكيسات نظيرة الجلد
الجلدة البيضاء في الاورام المجاثية Teratoblastom
الاورام البيضاء المولدة للهرمونات او الاورام الوظيفية
الاورام المولدة للاستروجين

آ - اورام الخلايا الجذعية

ب - اورام الخلايا القشرية

الاورام المولدة للأندروجين

آ - الاورام الهرمونية المذكرة

ب - الاورام البيصية الكظرية

اختلاطات الاورام البيصية : السرطن ، الانفتال ، التقبح ، الانجاس ،
التمزق

التشخيص التفريقي

معالجة الاورام البيصية



هذا الكتاب

يعتبر هذا الكتاب من أهم الكتب التي صدرت في مجال الأمراض النسائية، إذ يركز المؤلف على طرق الوقاية من مختلف الأمراض التي تعاني منها المرأة في مختلف مراحل حياتها، ويعتمد المؤلف أسلوب البحث العلمي المبسط والمفهوم لكافة طلاب كليات الطب ولللأطباء، ولجميع النساء اللواتي يرغبن بصحة جيدة، دون أية معاناة من شتى أنواع الأمراض التي تكون سبباً في سوء الصحة وعدم الإيجاب.

الناشر

يطلب الكتاب على العنوان التالي:

دار علاء الدين للنشر والتوزيع والترجمة

دمشق ص.ب. ٣٠٥٩٨

هاتف : ٥٦١٧٠٧١

فاكس : ٥٦١٣٢٤١